

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS



**Efectos de la percepción de la frecuentación y la etiología de los síntomas en
pacientes de Atención Primaria sobre el bienestar y la evaluación de la autoeficacia
de los Especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria**

TESIS DOCTORAL

Lorena Funcasta Duce

Directores

Dr. David Martínez Íñigo

Dra. María José Hernández Lloreda

Madrid, febrero 2012

AGRADECIMIENTOS

El estar escribiendo estas líneas de agradecimiento significa que estoy llegando al final del desarrollo de esta tesis doctoral. En este momento tan importante para mí me gustaría agradecer a todas las personas que me han acompañado y apoyado en este proceso, desde diferentes roles y modalidades.

En primer lugar agradezco el apoyo constante e incondicional de mi pareja, Juan Pedro. En tantos años compartidos, ha acompañado todos mis desvelos y preocupaciones, y conseguido que los buenos momentos sean aún mejores mostrándome siempre “los vasos medio llenos” de la vida. A mi gordo, “gracias totales”.

Tampoco me hubiera sido posible llegar hasta este punto sin la supervisión de mis directores de tesis. La paciencia, correcciones y sugerencias de David Martínez han conseguido que los esfuerzos y la dedicación al trabajo compartido realizado durante estos años se vean reflejados de la mejor manera posible en esta tesis. A María José Hernández, con quien trabajo desde el comienzo de mi doctorado y a quien debo mis conocimientos de metodología, le agradezco muchísimo su calidad académica y su calidez humana a lo largo de estos años.

El apoyo de mi familia, a pesar de estar tan lejos, ha sido fundamental durante todo este tiempo. Agradezco a mis padres, Susana y Fernando, y a hermanos, Rodrigo, Bruno y Fabio, todos tan distintos, de tan buena madera y tan importantes para mí. A Ángeles por ser parte de mi familia hace tanto tiempo. A Marianna, quien ha pasado a la categoría de hermana después de toda una vida de amistad y complicidad, y a la tía Menchu por aportarme tanta sabiduría y enseñarme a reírnos de nosotras mismas. A la familia de mi pareja quienes a la distancia también me alientan, cuidan y apoyan. Hoy

también recuerdo a parte de mi familia con quienes me gustaría compartir este momento pero ya no me es posible, especialmente a Jorge, mi “fan número uno” y a quien extraño tantísimo.

Además de a mi familia, también quiero agradecer a mis amigos y amigas, quienes han seguido los pasos de todo este proceso. Especialmente agradezco a las incondicionales Laura, Gaby y Maui quienes siempre me ofrecen su oreja para alegrarse con las buenas noticias y para hacerme más llevadera las malas, más allá de los kilómetros y horarios diferentes. Ojalá el mundo fuera más pequeño.

También he recibido apoyo logístico de mis compañeros de trabajo Thomas y Vanesa, pero lo que más les agradezco es el darme ánimos cuando la situación apremiaba y cuando el final de la tesis parecía no llegar. Agradezco también a Antonio sus comentarios y sugerencias tan oportunos para este trabajo. A los compañeros del Área que me han dicho que se podía (ahora me lo creo). A Martita, sin la cual hubiera sido imposible finalizar la recogida de datos, gracias por las risas y por los buenos momentos compartidos en las salas de espera de los Centros de Salud, por los kilómetros y kilómetros recorridos –literalmente hablando- y por los madrugones.

Finalmente, estoy muy agradecida con los médicos y pacientes que forman parte de este trabajo porque me han permitido “colarme” en su consulta, y han dedicado su tiempo y experiencias para poder realizar este estudio.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Introducción	19
1.1. Contextualización y Objetivos del estudio	21
1.1.1. El contexto actual de los servicios sanitarios: las altas demandas de los pacientes y la pérdida de autonomía del médico.....	21
1.2. La relación de la alta Frecuencia de consultas y la Sintomatología inexplicable del paciente sobre diferentes aspectos del Sistema de Salud	23
1.2.1. Características de los pacientes y del profesional que afectan la relación médico-paciente	25
1.2.2. Consecuencias de la hiperfrecuentación de pacientes con síntomas médicamente inexplicables sobre la sostenibilidad del sistema sanitario.....	26
1.2.3. Consecuencias de la hiperfrecuentación con síntomas médicamente inexplicables sobre los pacientes	28
1.2.4. Consecuencias de la hiperfrecuentación de pacientes con síntomas médicamente inexplicables sobre el profesional	29
1.3. Estructura del estudio	35
2. Definición y criterios de Clasificación de los pacientes a partir de la Frecuencia de consulta médica y del Tipo de síntomas	39
2.1. Pacientes Hiperfrecuentadores	42
2.1.1. Criterios para definir a un paciente como hiperfrecuentador	43
2.1.2. Denominación de grupos de pacientes hiperfrecuentadores en función del ritmo de visitas	47
2.1.3. Subtipos de pacientes hiperfrecuentadores en función de sus características sociodemográficas y de salud	49
2.1.4. Prevalencia de la hiperfrecuentación	50
2.2. Tipos de Sintomatología relevantes para el análisis de la Hiperfrecuentación	53
2.2.1. Pacientes somatomorfos o pacientes con síntomas médicamente inexplicables	54
2.2.2. Pacientes difíciles: pacientes odiosos o pacientes “ <i>heartsink</i> ”	58
2.2.3. Clasificación de los de pacientes difíciles	60
2.3. Perfil y características del paciente Hiperfrecuentador con Síntomas médicamente inexplicables en Atención Primaria	63
2.3.1. Prevalencia de síntomas médicamente inexplicables entre los pacientes hiperfrecuentadores	66
2.4. Consecuencias económicas de la Hiperfrecuentación de pacientes con Síntomas médicamente inexplicables.....	68
3. Características del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria que dificultan la Relación médico- Paciente Hiperfrecuentador con Síntomas Médicamente Inexplicables	71
3.1. Trabajos centrados en las Características del paciente	72

3.1.1.	Autopercepción de la conducta hiperfrecuentadora en los pacientes hiperfrecuentadores con síntomas médicamente inexplicables.....	74
3.1.2.	Características sociodemográficas de los pacientes hiperfrecuentadores con síntomas médicamente inexplicables	75
3.1.3.	Características de la salud de los pacientes hiperfrecuentadores con síntomas médicamente inexplicables.....	77
3.2.	Características del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria que constituyen los Encuentros difíciles frente a pacientes Hiperfrecuentadores con Síntomas médicamente inexplicables	79
3.2.1.	La relación médico-paciente en la consulta médica.....	81
3.2.2.	Características del médico relacionadas con la percepción y la relación con los pacientes hiperfrecuentadores con síntomas médicamente inexplicables	82
3.2.3.	Características del entorno de trabajo del médico que afectan a la relación con los pacientes hiperfrecuentadores con síntomas médicamente inexplicables	94
4.	Consecuencias del Tipo de Paciente sobre el malestar del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria.....	95
4.1.	Modelos de Estrés en la Salud Ocupacional	95
4.1.1.	Modelo de Demanda-Control (<i>Job Demand-Control Model</i>)	97
4.1.2.	Modelo de Demanda-Control-Apoyo Social (<i>Demand-Control-Support Model</i>) ...	99
4.1.3.	Modelo de Estrés, Evaluación y Afrontamiento (<i>Stress, Appraisal and Coping</i>) .	100
4.1.4.	Modelo de Conservación de Recursos (COR).....	102
4.1.5.	Modelos de Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (<i>Effort-Reward-Imbalance Model</i>)	105
4.1.6.	Modelo de Demandas-Recursos Laborales (<i>Job Demand-Resources Model</i>).....	107
4.1.7.	Aplicación de modelos de estrés de Salud Ocupacional al estudio de los efectos de los pacientes hiperfrecuentadores con síntomas médicamente inexplicables sobre el malestar de los Especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria	109
4.2.	Demandas y Recursos de los Especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria	111
4.2.1.	Fuentes de estrés en los Especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria	112
4.2.2.	Estresores ligados a la atención de pacientes hiperfrecuentadores con síntomas médicamente inexplicables.....	115
4.2.3.	Relación entre estrés y burnout en los Especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria	129
4.2.4.	Efectos del estrés y el burnout del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria sobre el paciente.....	131
4.2.5.	La interacción con el paciente como mecanismo para la recuperación de recursos	133
5.	Hipótesis	137
5.1.	Efectos del tipo de paciente sobre el Bienestar y la Percepción de eficacia del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria.....	137
5.1.1.	Efectos del tipo de paciente sobre el Agotamiento Emocional del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria.....	141
5.1.2.	Efectos del tipo de paciente sobre la Demanda del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria.....	142

5.1.3.	Efectos del tipo de paciente sobre la Retroalimentación del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria.....	143
5.1.4.	Efectos del tipo de paciente sobre la Percepción de Eficacia del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria.....	144
5.1.5.	Efectos del tipo de paciente sobre el Tipo de emoción experimentada por el Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria.....	145
5.2.	Moderación del tipo de paciente sobre el Agotamiento Emocional del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria.....	147
5.2.1.	Moderación del tipo de paciente sobre la relación entre la Demanda y el Agotamiento Emocional.....	149
5.2.2.	Moderación del tipo de paciente sobre la relación entre la Retroalimentación y el Agotamiento Emocional.....	151
5.3.	Moderación de la Retroalimentación sobre la relación entre la Demanda y el Agotamiento Emocional.....	153
6.	Método.....	155
6.1.	Muestra.....	155
6.1.1.	Participantes y selección de la muestra.....	155
6.2.	Procedimiento.....	156
6.2.1.	Médicos.....	157
6.2.2.	Pacientes.....	158
6.3.	Medidas.....	159
6.3.1.	Médicos.....	159
6.3.2.	Pacientes.....	163
6.4.	Análisis.....	168
6.4.1.	Efectos del tipo de paciente sobre las variables del cuestionario de diario.....	168
6.4.2.	Efectos moderadores del tipo de paciente y de la Retroalimentación sobre el Agotamiento Emocional.....	169
7.	Resultados.....	171
7.1.	Características de la Muestra.....	171
7.1.1.	Médicos.....	171
7.1.2.	Pacientes.....	172
7.2.	Efectos del Tipo de Paciente sobre las variables del cuestionario de diario del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria.....	183
7.2.1.	Efectos del tipo de paciente sobre el Agotamiento Emocional según el criterio subjetivo.....	184
7.2.2.	Efectos del tipo de paciente sobre el Agotamiento Emocional según el criterio objetivo.....	186
7.2.3.	Efectos del Tipo de Paciente sobre el Agotamiento Emocional según el criterio conjunto.....	187
7.2.4.	Efectos del tipo de paciente sobre la Demanda según el criterio subjetivo.....	191
7.2.5.	Efectos del tipo de paciente sobre la Demanda según el criterio objetivo.....	193

7.2.6.	Efectos del tipo de paciente sobre la Demanda según el criterio conjunto	194
7.2.7.	Efectos del tipo de paciente sobre la Retroalimentación según el criterio subjetivo	198
7.2.8.	Efectos del tipo de paciente sobre la Retroalimentación según el criterio objetivo.....	200
7.2.9.	Efectos del tipo de paciente sobre la Retroalimentación según el criterio conjunto	201
7.2.10.	Efectos del tipo de paciente sobre la Percepción de Eficacia según el criterio subjetivo	204
7.2.11.	Efectos del tipo de paciente sobre la Percepción de Eficacia sobre el criterio objetivo	206
7.2.12.	Efectos del tipo de paciente sobre la Percepción de Eficacia según el criterio conjunto	207
7.2.13.	Efectos del tipo de paciente sobre el Tipo de emoción experimentada por el médico según el criterio subjetivo.....	210
7.2.14.	Efectos del tipo de paciente sobre el Tipo de emoción experimentada por el médico según el criterio objetivo	212
7.2.15.	Efectos del tipo de paciente sobre el Tipo de emoción experimentada por el médico según el criterio conjunto	213
7.3.	Moderación del Tipo de Paciente sobre el Agotamiento Emocional.....	217
7.3.1.	Moderación del tipo de paciente en la relación de la Demanda sobre el Agotamiento Emocional según el criterio subjetivo	218
7.3.2.	Moderación del tipo de paciente en la relación de la Demanda sobre el Agotamiento Emocional según el criterio objetivo.....	222
7.3.3.	Moderación del tipo de paciente en la relación de la Demanda sobre el Agotamiento Emocional según el criterio conjunto.....	225
7.3.4.	Moderación del tipo de paciente en la relación de la Retroalimentación sobre el Agotamiento Emocional según el criterio subjetivo	229
7.3.5.	Moderación del tipo de paciente en la relación de la Retroalimentación sobre el Agotamiento Emocional según el criterio objetivo.....	233
7.3.6.	Moderación del tipo de paciente en la relación de la Retroalimentación sobre el Agotamiento Emocional según el criterio conjunto.....	237
7.3.7.	Moderación de la Retroalimentación en la relación de la Demanda sobre el Agotamiento Emocional.....	241
8.	Discusión.....	247
8.1.	Consideraciones Generales	247
8.1.1.	Influencia del tipo de paciente sobre el bienestar y la percepción de eficacia del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria en función de las diferentes clasificaciones del paciente	250
8.2.	Contrastación de los Modelos de COR y Demandas-Recursos Laborales	256
8.2.1.	Efectos moderadores del tipo de paciente en la relación entre la Demanda y el Agotamiento Emocional.....	256
8.2.2.	Efectos moderadores del tipo de paciente en la relación de la Retroalimentación sobre el Agotamiento Emocional.....	259

8.2.3.	Efectos moderadores de la Retroalimentación en la relación de la Demanda sobre el Agotamiento Emocional.....	260
8.3.	Otras Aportaciones	262
8.4.	Limitaciones del estudio	263
9.	Bibliografía.....	265
10.	Anexos.....	305
10.1.	Medidas del Estudio	305
10.2.	Resumen de los ANCOVA de las variables de diario	315

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Resumen de las hipótesis de los efectos de la frecuentación y en función del tipo de síntomas sobre las variables de diario del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria	147
Figura 2. Hipótesis de moderación de la frecuentación sobre la relación entre la Demanda y el Agotamiento Emocional	150
Figura 3. Hipótesis de moderación del tipo de síntomas sobre la relación entre la Demanda y el Agotamiento Emocional	151
Figura 4. Hipótesis de moderación de la frecuentación sobre la relación entre la Retroalimentación y el Agotamiento Emocional.....	152
Figura 5. Hipótesis de moderación del tipo de síntomas sobre la relación entre la Retroalimentación y el Agotamiento Emocional.....	153
Figura 6. Hipótesis de moderación de la Retroalimentación sobre la relación entre la Demanda y el Agotamiento Emocional	154
Figura 7. Distribución de los Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria por áreas participantes.....	172
Figura 8. Composición de la muestra de pacientes según el factor frecuentación en función del criterio subjetivo de clasificación.....	174
Figura 9. Composición de la muestra de pacientes según el factor tipo de síntomas en función del criterio subjetivo de clasificación.....	174
Figura 10. Medias en el Agotamiento emocional en función de la frecuentación y el tipo de síntomas según el criterio subjetivo	191
Figura 11 Medias en la Demanda en función de la frecuentación y el tipo de síntomas según el criterio subjetivo	198

Figura 12. Medias en la Retroalimentación en función de la frecuentación y el tipo de síntomas según el criterio subjetivo	204
Figura 13. Medias en la Percepción de eficacia en función de la frecuentación y el tipo de síntomas según el criterio subjetivo	210
Figura 14. Porcentaje de emociones negativas del EMFyC respecto a la frecuentación del paciente, en función del criterio subjetivo	215
Figura 15. Porcentaje de emociones negativas del EMFyC respecto al tipo de síntomas del paciente, en función del criterio subjetivo	215
Figura 16. Moderación de la frecuentación en la relación entre la Demanda sobre el Agotamiento Emocional según el criterio subjetivo	220
Figura 17. Moderación de la frecuentación en la relación entre la Demanda sobre el Agotamiento Emocional según el criterio conjunto	227
Figura 18. Moderación de la frecuentación en la relación de la Retroalimentación sobre el Agotamiento Emocional según el criterio subjetivo	231
Figura 19. Moderación de la frecuentación en la relación de la Retroalimentación sobre el Agotamiento Emocional según el criterio objetivo.....	235
Figura 20. Moderación de la frecuentación en la relación de la Retroalimentación sobre el Agotamiento Emocional según el criterio conjunto.....	239
Figura 21. Moderación de la Retroalimentación en la relación de la Demanda sobre el Agotamiento Emocional.....	243
Figura 22. Cuestionario de diario del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria	305
Figura 23. Cuestionario de Medidas Individuales del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria	309
Figura 24. Consentimiento informado del paciente.....	310

Figura 25. Cuestionario del paciente 314

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Nomenclatura del tipo de paciente en función de la frecuencia de visitas y el tipo de síntomas	42
Tabla 2. Características de la clasificación de la frecuentación del paciente en función de los tres criterios utilizados	139
Tabla 3. Características de la clasificación del tipo de síntomas del paciente en función de los tres criterios utilizados	140
Tabla 4. Composición de la muestra de pacientes según las distintas clasificaciones realizadas	173
Tabla 5. Diferencias en el sexo del paciente según la frecuentación y tipo de síntomas en función del criterio subjetivo	177
Tabla 6. Diferencias en el diagnóstico de enfermedad mental del paciente según la frecuentación y tipo de síntomas en función del criterio subjetivo	178
Tabla 7. Diferencias en la nacionalidad del paciente según la frecuentación y tipo de síntomas en función del criterio subjetivo.....	179
Tabla 8. Diferencias en los estudios realizados según la frecuentación y tipo de síntomas en función del criterio subjetivo	179
Tabla 9. Diferencias en el estado civil del paciente según la frecuentación y tipo de síntomas en función del criterio subjetivo.....	180
Tabla 10. Medias de salud mental, satisfacción y edad del paciente en función de su frecuentación	181
Tabla 11. Medias de salud mental, satisfacción y edad del paciente en función de su frecuentación	182
Tabla 12. Correlaciones entre el Burnout y el Agotamiento Emocional	186

Tabla 13. Resumen de los ANOVA para el Agotamiento Emocional en función de los tres criterios de clasificación del tipo de paciente	189
Tabla 14. Resumen de medias para el Agotamiento Emocional en función del criterio subjetivo	190
Tabla 15. Correlaciones entre el Burnout y la Demanda	193
Tabla 16. Resumen de los ANOVA para la Demanda en función de los tres criterios de clasificación del tipo de paciente	196
Tabla 17. Resumen de medias para la Demanda en función del criterio subjetivo	197
Tabla 18. Correlaciones entre el Burnout y la Retroalimentación.....	200
Tabla 19. Resumen de los ANOVA para la Retroalimentación en función de los tres criterios de clasificación del tipo de paciente.....	203
Tabla 20. Resumen de medias para la Retroalimentación en función del criterio subjetivo	203
Tabla 21. Correlaciones entre el Burnout y la Percepción de Eficacia.....	206
Tabla 22. Resumen de los ANOVA para la Percepción de Eficacia en función de los tres criterios de clasificación del tipo de paciente.....	209
Tabla 23. Resumen de medias para la Percepción de eficacia en función del criterio subjetivo	209
Tabla 24. Emociones del médico en función del tipo de paciente según el criterio subjetivo	211
Tabla 25. Emociones del médico en función del tipo de paciente según el criterio objetivo.....	213
Tabla 26. Emociones del médico en función del tipo de paciente según el criterio conjunto.....	214

Tabla 27. Resumen de diferencias estadísticamente significativas y cumplimiento de hipótesis sobre las variables de diario, en función del criterio de clasificación subjetivo	216
Tabla 28. Resumen de diferencias estadísticamente significativas y cumplimiento de hipótesis sobre las variables de diario, en función del criterio de clasificación objetivo	216
Tabla 29. Resumen de diferencias estadísticamente significativas y cumplimiento de hipótesis sobre las variables de diario, en función del criterio de clasificación conjunto	217
Tabla 30. Moderación de la frecuentación en la relación de la Demanda sobre el Agotamiento Emocional según el criterio subjetivo (N= 649).....	219
Tabla 31. Moderación del tipo de síntomas en la relación de la Demanda sobre el Agotamiento Emocional según el criterio subjetivo (N= 784).....	221
Tabla 32. Moderación de la frecuentación en la relación de la Demanda sobre el Agotamiento Emocional según el criterio objetivo (N= 746)	223
Tabla 33. Moderación del tipo de síntomas en la relación de la Demanda sobre el Agotamiento Emocional según el criterio objetivo (N= 740)	224
Tabla 34. Moderación de la frecuentación en la relación de la Demanda sobre el Agotamiento Emocional según el criterio conjunto (N=784)	226
Tabla 35. Moderación del tipo de síntomas en la relación de la Demanda sobre el Agotamiento Emocional según el criterio conjunto (N= 784)	228
Tabla 36. Moderación de la frecuentación en la relación de la Retroalimentación sobre el Agotamiento Emocional según el criterio subjetivo (N= 549).....	230
Tabla 37. Moderación del tipo de síntomas en la relación de la Retroalimentación sobre el Agotamiento Emocional según el criterio subjetivo (N= 555).....	232

Tabla 38. Moderación del tipo de síntomas en la relación de la Retroalimentación sobre el Agotamiento Emocional según el criterio objetivo (N= 528)	236
Tabla 39. Moderación de la frecuentación en la relación de la Retroalimentación sobre el Agotamiento Emocional según el criterio conjunto (N=555)	238
Tabla 40. Moderación del tipo de síntomas en la relación de la Retroalimentación sobre el Agotamiento Emocional según el criterio conjunto (N= 528).....	240
Tabla 41. Moderación de la Retroalimentación en la relación entre la Demanda sobre el Agotamiento emocional (N= 555)	242
Tabla 42. Resumen y cumplimiento de hipótesis de los efectos moderadores de los factores frecuentación y en función del tipo de síntomas sobre la relación de la Demanda y el Agotamiento Emocional en función del criterio de clasificación subjetivo	244
Tabla 43. Resumen y cumplimiento de hipótesis de los efectos moderadores de los factores frecuentación y en función del tipo de síntomas sobre la relación de la Demanda y el Agotamiento Emocional en función del criterio de clasificación objetivo	244
Tabla 44. Resumen y cumplimiento de hipótesis de los efectos moderadores de los factores frecuentación y en función del tipo de síntomas sobre la relación de la Demanda y el Agotamiento Emocional en función del criterio de clasificación conjunto	245
Tabla 45. Resumen y cumplimiento de hipótesis de los efectos moderadores de la Retroalimentación sobre el Agotamiento Emocional	245
Tabla 46. Resumen de los ANCOVA para el Agotamiento Emocional en función de los tres criterios de clasificación del tipo de paciente	315

Tabla 47. Resumen de los ANCOVA para la Demanda en función de los tres criterios de clasificación del tipo de paciente	315
Tabla 48. Resumen de los ANCOVA para la Retroalimentación en función de los tres criterios de clasificación del tipo de paciente.....	316
Tabla 49. Resumen de los ANCOVA para la Percepción de Eficacia en función de los tres criterios de clasificación del tipo de paciente	317

CAPÍTULO 1

1. Introducción

A lo largo de las últimas décadas se han suscitado una serie de cambios en diferentes aspectos de la prestación de los servicios sanitarios. Algunos de estos cambios han repercutido sobre el comportamiento y las actitudes de los pacientes hacia el uso de dichos servicios y sobre la relación que los pacientes establecen con el profesional de la salud. Todo ello ha incidido de forma general sobre aspectos relacionados con la calidad de la atención recibida por el paciente, con el bienestar psicológico y el desempeño del profesional que presta dicha atención, y con la viabilidad de los sistemas públicos de salud.

Dentro de este escenario, uno de los fenómenos relevantes que afectan a los profesionales de la salud, y que suscitan más reivindicaciones en este colectivo, es el que se refiere a que un número relativamente pequeño de pacientes solicitan ser atendidos en consulta con una frecuencia muy superior a la media, consumiendo así un alto nivel de recursos sanitarios. Además de las altas exigencias atencionales ocasionadas por este grupo de pacientes, es frecuente también que los profesionales aludan a la dificultad de atender las demandas de aquellos originadas por la imposibilidad de establecer la etiología de los síntomas que experimentan. Ésta, a su vez, es atribuida habitualmente a causas psicológicas o psicosomáticas, lo que redundaría en un mantenimiento de la demanda de atención sanitaria dado que el origen de la misma es médicamente inexplicable. En este sentido, los estudios sobre los pacientes que acuden frecuentemente a las consultas y exigen altas demandas al profesional, se

centran principalmente en pacientes que presentan estas características sintomatológicas y no en pacientes que, a pesar de una concurrencia asidua a dichas consultas, acuden por motivos médicamente explicables. Como se justificará más adelante, los pacientes que presentan las características mencionadas, pueden constituirse en un riesgo para el bienestar de los profesionales, dificultan la sostenibilidad del sistema y, ellos mismos, están sujetos a un fuerte padecimiento a pesar de ser atendidos por el sistema de salud.

En este sentido, la presente investigación tiene por objetivo general el indagar cómo afecta la percepción del profesional acerca de la frecuentación y el tipo de sintomatología del paciente sobre su bienestar y desempeño laboral. Para ello se ha empleado un método de muestreo de experiencias (*Experience Sampling Method*), a través de la aplicación de un estudio de diario en el que el médico informa de sus vivencias durante la interacción con una muestra de sus pacientes, permitiendo así el análisis de las variaciones en dicha experiencia a partir del tipo de paciente.

El estudio se centra en los Servicios de Atención Primaria y dentro de los Equipos de Atención Primaria, en los Especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria o Médicos de Familia (EMFyC en adelante). Estos servicios constituyen habitualmente la “puerta de entrada” de los pacientes a los servicios sanitarios y, por tanto, los EMFyC son los profesionales de la salud que se encuentran en el primer lugar de atención al paciente (Boerma y Verhaak, 1999). Debido a su posición en el primer nivel de atención sanitaria, los EMFyC están expuestos de forma significativa a los cambios surgidos en los patrones de uso de los pacientes y a las consecuencias de esta situación sobre su bienestar personal y laboral.

De esta forma, se pretende aportar evidencia empírica sobre los efectos que la atención a pacientes que consultan frecuentemente y padecen una sintomatología

médicamente inexplicable puede tener sobre el bienestar y la percepción de eficacia por parte de los EMFyC. Además, con la intención de facilitar el desarrollo de aplicaciones que reduzcan los efectos señalados anteriormente, el estudio analiza algunos de los procesos psicológicos que desde los desarrollos teóricos y los resultados de Psicología de la Salud Ocupacional se espera estén implicados en las consecuencias de la atención a pacientes hiperfrecuentadores y/o pacientes con síntomas médicamente inexplicables.

1.1. Contextualización y Objetivos del estudio

1.1.1. El contexto actual de los servicios sanitarios: las altas demandas de los pacientes y la pérdida de autonomía del médico

Durante las últimas décadas, han tenido lugar una serie de cambios en diferentes niveles de los servicios sanitarios -tecnológico, sistémico, financiero y político- (Starr, 1982). Los mismos redundan en la gestión de dichos servicios, en el ejercicio de la práctica médica y, por ende, en la relación médico-paciente.

En este sentido, algunos autores apuntan que ha tenido lugar un proceso al que denominan de “industrialización” (*industrialization*) de la atención médica (Dunstone y Reames, 2001). Dicho proceso se gesta a partir de la influencia de diversos sectores económicos y tecnológicos - la industria farmacéutica, los avances en tecnología médica, o la cantidad de información y el libre acceso a la misma a través de las nuevas tecnologías por parte de los pacientes (por ejemplo, Internet)- sobre la prestación de dichos servicios sanitarios (Dunstone y Reames, 2001, Strous, Ulman y Kotler, 2006).

A su vez, estas variaciones han ido acompañadas por cambios en el modelo médico de atención a los pacientes. El “modelo tradicional” fuertemente paternalista, basado en una distribución de roles claramente asimétrica donde el poder recae en la figura del

médico y se asienta en una orientación biomédica, ha dado paso a un modelo *centrado en el paciente* (Strous et al., 2006). Desde este modelo se refuerza y estimula la autonomía y participación de dicho paciente en lo relativo a la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud.

Paralelamente, la importancia que ha cobrado la prestación de servicios sanitarios públicos y la calidad de los mismos en el escenario político, junto con el cambio de modelo de atención ya mencionado, han contribuido al desarrollo de un modelo “consumista” (*consumerist*) en el uso de dichos servicios por parte de los pacientes (Strous et al., 2006), derivando en un incremento de las demandas por parte de los mismos. En este sentido, prima una orientación hacia el paciente como “cliente”, transformando la atención médica en un producto y al médico en un proveedor al servicio del paciente (Dunstone y Reames, 2001).

En este contexto, el paciente posee una autonomía de decisión acerca del uso y de los requerimientos que exige a los profesionales de la salud, lo cual repercute en sus actitudes y comportamiento sobre el “consumo” de dichos servicios. En algunos casos incluso, este “consumo” ha derivado en una sobrexplotación de los servicios de salud. Dentro de este grupo de pacientes se ubican los denominados hiperfrecuentadores, quienes utilizan los servicios sanitarios con una frecuencia más elevada que la media de la población, presentando un patrón atípico en el número de consultas que realizan (Weiss y Dyer, 2003). En este sentido, estos pacientes provocan un incremento en las demandas atencionales a los profesionales de la salud y se constituyen en un factor de riesgo psicosocial potencial para la salud de los dichos profesionales, asociado a la sobrecarga que ocasionan (Appleton, House y Dowell, 1998; Freeborn, Hooker y Pope, 2002; Groenewegen y Hutten, 1991; Linzer et al., 2002; Vanagas, 2005; Vanagas y Bihari-Axelsson, 2004).

Paralelamente y derivado también de los cambios organizacionales acontecidos, los EMFyC se ven sometidos a una pérdida de la autonomía sobre su actividad profesional (Johnson et al., 1995), la cual incide sobre su práctica médica. Dicha pérdida de autonomía afecta la libertad que tiene el profesional sobre la toma de decisiones clínicas, la gestión del tiempo y de los recursos para el cuidado de los pacientes, todo lo cual incide a su vez, en la interacción con los mismos (Landon, Reschovsky y Blumenthal, 2003). De esta forma, gran parte de las decisiones y gestiones que realizan los EMFyC están pautadas por la organización sanitaria y deben cumplirse a través de procedimientos regulados por ésta (Dunstone y Reames, 2001). Por su parte, esta falta de autonomía para el desempeño de la actividad laboral, incrementa las probabilidades de que los riesgos psicosociales a los que están expuestos los profesionales, como por ejemplo el aumento en las demandas por parte de los pacientes, se traduzcan en un daño para los mismos.

A partir de estas características del escenario actual de los servicios sanitarios, se derivan conflictos entre los objetivos de las organizaciones sanitarias y las expectativas de los pacientes (McMurray, Williams, Schwartz, 1997; Wallace, Lamaire y Ghali, 2009) lo cual incide sobre el bienestar y la satisfacción del profesional.

1.2. La relación de la alta Frecuencia de consultas y la Sintomatología inexplicable del paciente sobre diferentes aspectos del Sistema de Salud

En cuanto a la relación de los médicos con sus pacientes, varios trabajos demuestran la incidencia negativa que tiene para el médico el atender a pacientes hiperfrecuentadores (Adam et al., 2010; Bellón y Fernández, 2002; Sandín y Conde, 2010). A su vez, en dichos trabajos se hace hincapié sobre algunas de las características sintomatológicas

que presentan estos últimos, las cuales dificultan el abordaje y la resolución de la consulta por parte de los médicos, sosteniendo así su conducta hiperfrecuentadora.

De esta forma se establece la existencia de efectos negativos para el EMFyC relacionados a la atención a pacientes hiperfrecuentadores (en adelante, *HF*s) con síntomas médicamente inexplicables (*SMI* en adelante) (Elder et al., 2006; Epstein et al., 2006; Haas et al., 2005; Jackson y Kroenke, 1999; Mas, Cruz, Doménech, Fañanás, Allué, Zamora y Viñas, 2003; Mas, Navarro, Vázquez, Delso, Mahfouz y Almeda, 2009; Smith, 1995; Steinmetz y Tabenkin, 2001). No obstante, dichas investigaciones no establecen de forma clara si la hiperfrecuentación de estos pacientes es el factor que explica principalmente esas repercusiones negativas sobre el bienestar y el desempeño del profesional, o si son otros factores asociados a la misma, como pueden ser el tipo de sintomatología que presenta el paciente, o la combinación de ambos factores - frecuencia y tipo de síntomas-.

Considerando este hecho, este trabajo ofrece una aportación de interés en relación a la investigación sobre las consecuencias que producen la hiperfrecuentación y la sintomatología inexplicable del paciente sobre el profesional, analizando el efecto de ambos factores de forma aislada y en interacción.

Por otra parte y en cuanto al bienestar laboral de los profesionales de la salud en general y el de los EMFyC en concreto, el mismo está relacionado con la calidad de la asistencia (Firth-Cozens y Grenhalgh, 1997) y con la eficacia de dichos profesionales (Shanafelt, West, Zhao, Novotny, Kolars, Habermann y Sloan, 2005). Por tanto, se considera que los niveles de bienestar de los profesionales es un aspecto importante para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y un indicador para la medida y mejora de la salud organizacional (Wallace et al., 2009), la cual se basa en empleados sanos y

productivos (Arnetz, 2005). De esta forma, es necesario establecer qué causas provocan una disminución en los niveles de bienestar, cómo se asocian a dicha pérdida, e implementar acciones para aumentar las probabilidades de que este proceso se revierta.

Por todo esto, el primer objetivo específico de este trabajo es analizar la incidencia de la frecuentación del paciente, del tipo de sintomatología asociada a ésta y de ambos factores sobre el bienestar y el desempeño profesional de los EMFyC.

1.2.1. Características de los pacientes y del profesional que afectan la relación médico-paciente

Además de las características mencionadas acerca de los pacientes que hiperfrecuentan y padecen sintomatología médicamente inexplicable, algunas variables del médico inciden sobre la relación con este tipo de paciente. En esta línea, algunos trabajos estudian la interacción entre ambos desde el concepto de “encuentros difíciles” (*difficult encounters*) (Breen y Greenberg, 2010; Steinmetz y Tabenkin, 2001). Así, algunas investigaciones han demostrado que determinadas características del médico pueden potenciar, o no, el efecto negativo que implica la atención a este tipo de paciente (Bellón y Fernández, 2002; Elder et al., 2006; Haas et al., 2005, Jackson et al., 1999; Krebs et al., 2006; Salmon et al, 2007; Sandín y Conde, 2010; Steinmetz y Tabenkin 2001).

Como se verá en el desarrollo del estudio, existen diferentes criterios para categorizar, o no, a un paciente como hiperfrecuentador. Por otra parte y en cuanto al segundo de los factores incluidos en este trabajo —el tipo de síntomas—, tampoco existe una categorización consistente de los pacientes en función del carácter explicable o no de la sintomatología que presentan y que sea asumida como válida en los distintos

estudios. En cuanto a la relación de la hiperfrecuentación con uno u otro tipo de sintomatología del paciente, tampoco se ha encontrado un modelo que la explique, más allá de aspectos vinculados a cuestiones psicosomáticas.

Teniendo en cuenta lo mencionado en el párrafo anterior y desde una perspectiva de estudio que incorpore variables asociadas a características del médico que afectan a la relación con este tipo de paciente, en esta investigación se analiza la influencia de la percepción del médico acerca de las características del paciente - frecuentación y tipo de síntomas-, sobre el bienestar y desempeño profesional del EMFyC.

No existe evidencia empírica sobre si la percepción del médico acerca de la frecuentación y el origen de la sintomatología del paciente es una condición necesaria para que estas características del paciente afecten a su bienestar y desempeño profesional. Tampoco se han encontrado trabajos que estudien los efectos de la atención a este tipo de paciente, en función de diferentes categorizaciones de los mismos. De esta forma, esta investigación recoge una comparación sobre las consecuencias que acarrea para el profesional la atención a los pacientes *HF*s con *SMI* cuando éstos son clasificados, o no, como tales por el médico y por criterios externos al mismo.

Así, el segundo objetivo específico de esta investigación es estudiar el rol de la percepción del médico acerca del tipo de paciente, y de los efectos de esta situación sobre el bienestar y desempeño del profesional.

1.2.2. Consecuencias de la hiperfrecuentación de pacientes con síntomas médicamente inexplicables sobre la sostenibilidad del sistema sanitario

La presencia de pacientes *HF*s con *SMI* es un fenómeno negativo para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y para la salud de los profesionales, tanto por la alta

prevalencia de este tipo de pacientes en el sistema de salud, como por los altos costes que provocan en el mismo.

La amenaza económica y asistencial al sistema sanitario por parte de este tipo de paciente está documentada a través de numerosos trabajos realizados en diferentes países (Adams et al., 2010; Andersson, Mattson y Lynoe, 1995; Al-Othan et al., 2008; Arillo, Vilches, Mayor, Gurpegui, Arroyo y Extremera, 2006; Jyväsjärvi, Joukamaa, Väisänen, Larivaara, Kivelä y Keinänen-Kiukaanniemi, 2001; Mas et al., 2003; Mathers, Jones y Hannay, 1995; Portegijs, Van der Horst, Proot, Kraan, Gunther y Knottnerus, 1996; Robles, Gelabert, Llull, Bestard, Vicens, Bauzá, Roca, 2009).

En cuanto a la prevalencia de este tipo de paciente en la población asistida, las cifras son dispares oscilando entre el un 6 % a 45% (Al-Kandari et al., 2008; Dowrick, Bellón y Gómez, 2000). Esta discrepancia en los datos de prevalencia ofrecidos, se relaciona con la inexistencia de un criterio unánime para definir a un paciente como hiperfrecuentador (Vedsted y Christensen, 2005) y con la intercambiabilidad en la terminología para referirse a los diferentes tipos de pacientes *HF*s, como se describirá en el apartado 2.2.

Teniendo en cuenta que comparativamente España posee la presión asistencial más alta de Europa (Bellón, 2006; Byrne, Murphy, Plunkett, McGee y Murray, 2003; Guerra y De Anca, 2007; Orozco, Pedrera, Gil, Prieto, Ribera, Martínez, 2004; Ruiz, 2004; Vedsted, Sorensen, Nielsen y Olesen, 2001) cuya media es de visitas es de 8,1 %, mientras que en la Unión Europea es del 5,8%, en nuestro país el fenómeno de la alta frecuencia en las consultas de Atención Primaria se torna más evidente y preocupante puesto que se potencian la alta demanda asistencial en general con la alta demanda ocasionada por los pacientes *HF*s.

Además de los costes económicos asociados a la hiperfrecuentación de este tipo de paciente, se describen consecuencias negativas para sí mismos como se verá en el apartado a continuación.

1.2.3. Consecuencias de la hiperfrecuentación con síntomas médicamente inexplicables sobre los pacientes

Las características de este tipo de paciente producen una serie de consecuencias negativas para sí mismos en lo concerniente a su salud y satisfacción con los servicios sanitarios.

La imposibilidad de encontrar el origen a su patología tras numerosos visitas hace que, a menudo, estos pacientes sean derivados a especialistas, se les realicen diversas pruebas diagnósticas buscando conocer y ofrecer una solución a su problemática, y/o se les medique variada y excesivamente intentando atajar su sufrimiento. Estas prácticas repercuten negativamente sobre su bienestar (Neal et al, 2000; Page y Wessely, 2003; Strous, Ulman, Kotler, 2006) dado que les exponen a riesgos para su propia salud como por ejemplo, el contraer enfermedades como consecuencia de realizarse numerosas pruebas diagnósticas, de los efectos secundarios de la medicación, entre otros efectos nocivos que acarrea el hiperfrecuentar. Además de la iatrogenia clínica originada por la combinación estos aspectos (Henrich, 2004; Page y Wessely, 2003), puede producirse también una iatrogenia social (Illich, 1976) sustentada por la familia y por el propio sistema sanitario que promueve y sostiene de alguna forma ese comportamiento por parte del paciente, legitimando así su rol de enfermo (Page y Wessely, 2003).

Respecto a su satisfacción con la atención sanitaria recibida, los datos no son consistentes. Algunos estudios indican que están satisfechos con la atención que le

brinda su EMFyC (Arillo et al., 2006; Hernán, Gutiérrez, Ruiz y Rabadán, 2002; Heywood, Blackie, Cameron y Dowell, 1998; Hodgson, Smith, Brown, Dowrick, 2005), aunque en algunos estudios los resultados son opuestos (Ágreda y Yanguas, 2001). Así, no está del todo claro si la hiperfrecuentación se asocia a una baja satisfacción con el servicio sanitario, más allá de que éste, en ocasiones, no pueda resolver las causas de la alta frecuentación de estos pacientes.

1.2.4. Consecuencias de la hiperfrecuentación de pacientes con síntomas médicamente inexplicables sobre el profesional

Las características descritas para este tipo de paciente producen y sostienen altos niveles de frecuentación, dificultan la relación interpersonal con el médico y repercuten a su vez sobre el bienestar y desempeño profesional del mismo. Dado que los EMFyC son los profesionales de la salud que se hallan en el primer lugar de la cadena sanitaria, la atención a este tipo de paciente les afecta significativamente. Por tanto, si bien se han mencionado los efectos negativos que producen los pacientes *HF*s con *SMI* sobre el sistema sanitario y sobre sí mismos, este trabajo se centrará en las consecuencias de la atención a pacientes con estas características sobre los EMFyC.

Desde un punto de vista cuantitativo, la hiperfrecuentación de estos pacientes implica una sobrecarga o incremento en la cantidad de trabajo diario del médico a causa de la frecuencia superior en el número de consultas de los mismos, aumentando así la cantidad total de las mismas. Cualitativamente, las consultas realizadas por estos pacientes acarrearán una sobrecarga emocional adicional al médico, tanto por las excesivas demandas de atención que requieren, como por lo dificultosa que se torna la relación interpersonal con los mismos (Mas, Cruz, Fañanás, Allué, Buil, Zamora y Viñas, 2003; Zantinge, Verhaak, Kerssens y Bensing, 2005). Dicha dificultad se asienta

en la relación del fenómeno de la hiperfrecuentación con complicaciones psicológicas en este tipo de paciente y a lo excesivo, y en ocasiones inoportunas, demandas que éstos exigen a los médicos. Así, el trato con los mismos es identificado como una fuente de estrés superior para los EMFyC en comparación con otros profesionales de la salud (Calnan, Wainwright, Forsythe y Wall, 2000).

De esta forma, las demandas cuantitativas y cualitativas exigidas por los pacientes *HF*s con *SMI* derivan en una alta demanda para los EMFyC. Esta sobre exigencia por parte del paciente se suma a la reducción de la autonomía laboral que, como se mencionó previamente, padecen estos profesionales, desembocando en altos niveles de estrés para este colectivo profesional (Vanagas, 2005). Los diferentes modelos sobre estrés laboral que se revisan más adelante, han identificado el desequilibrio entre las demandas y los recursos como predictor del malestar en el trabajo (Demerouti, Bakker, Nachreiner y Shaufeli, 2001; Hobfoll, 1989; Karasek, 1979; Siegrist, 1996; 1998).

El aumento de los niveles de estrés mencionado va en detrimento de la satisfacción laboral y la salud mental de estos profesionales (Sundquist, Johansson, 2000; Sutherland y Cooper, 1993; Warren, Weitz y Kulis, 1998). Ello puede derivar en el desarrollo del síndrome de *burnout*, e incluso, en el suicidio de dichos trabajadores (Arnetz, Horte, Hedberg, Theorell, Allander y Malker, 1987) debido a la relación positiva existente entre altos niveles de estrés y bajos niveles de satisfacción con problemas de salud en los EMFyC (Aasland et al., 1997).

Además de aumentar los niveles de estrés como consecuencia de la sobrecarga del profesional en los EMFyC, estos pacientes despiertan emociones negativas como malestar, angustia, incomprensión o ira, entre otros sentimientos (Bellón y Fernández, 2002; Mathers et al., 1995; O'Dowd, 1988), los cuales se dirigen tanto hacia el paciente,

como hacia sí mismos. Ello también repercute en la disminución de la satisfacción, de la percepción de eficacia y de la competencia profesional de los médicos (Strous et al., 2006).

En relación a su competencia profesional, la atención a pacientes *HF*s con *SMI* se transforma en un problema o más bien en un desafío para el médico en la medida en que buscan una solución a los síntomas orgánicos, los cuales, muchas veces, no tienen un origen físico sino que son producto o manifestaciones de problemas de origen psicosocial. De esta forma, el no poder resolver los problemas que traen los pacientes a consulta repercute negativamente en la percepción que tiene el médico de su eficacia profesional.

Las consecuencias negativas mencionadas redundan, no solo sobre el bienestar y desempeño del profesional, sino sobre la propia calidad del servicio (Levinson et al., 1993). Diferentes estudios dan cuenta de la existencia de una relación negativa entre el malestar psicológico del profesional y la calidad en la prestación de servicios sanitarios (Firth-Cozens y Greenhalgh, 1997; Shanafelt, West, Zhao, Novotny, Kolars, Habermann y Sloan, 2005; Williams y Skinner, 2003). En concreto, se ha establecido que la salud y la satisfacción del profesional influyen sobre la calidad de atención proporcionada al paciente (DiMatteo, Sherbourne y Hays, 1993; Firth-Cozens y Greenhalgh, 1997; Williams y Skinner, 2003), sobre los errores cometidos en dicha práctica (Arnetz, 2001; Shanafelt, et al, 2005) y sobre la adherencia al tratamiento por parte del paciente (Wetterneck, Linzer y McMurray, 2002; Williams y Skinner, 2003). Además, se comprueba que los profesionales estresados, probablemente exista un peor trato hacia el paciente (Arnetz, 2001), lo cual sostiene una relación interpersonal negativa entre ambos.

Si bien, tal y como se ha expuesto hasta ahora, se dispone de evidencia sobre algunos de los efectos negativos que tiene para el médico el atender a este tipo de pacientes, existe escasa evidencia respecto a los mecanismos psicológicos implicados en dicha relación. En esta línea, este trabajo pretende contribuir al estudio de los mismos mediante la aplicación de los principales modelos psicológicos sobre el estrés laboral en el ámbito de la Psicología de la Salud Ocupacional, incorporando el análisis de los factores de la frecuentación y el tipo de síntomas sobre el bienestar del profesional.

De esta forma, se analizará fenómeno de la hiperfrecuentación de los pacientes con *SMI* y sus efectos sobre el bienestar del EMFyC, a partir de hipótesis derivadas de los modelos de estrés de Conservación de Recursos (Hobfoll, 1989) y de Demandas-Recursos (Demerouti, Bakker, Nachreiner y Schaufeli, 2001).

Teniendo en cuenta que la atención a pacientes tiene la doble característica de tornarse tanto una exigencia para el profesional, como una fuente de satisfacción para el mismo, se considera que el paciente, además de ser una fuente de demanda para el profesional, puede convertirse en un mecanismo de recuperación de recursos y de satisfacción para este último (Halbesleben, 2006; Linzer et al., 2000; Wallace y Lemaire, 2007; Williams et al., 2002). Por ello, la buena calidad de la relación con los pacientes podría amortiguar los efectos negativos de las demandas de los mismos sobre el bienestar del profesional (Demerouti y Bakker, 2011), por ejemplo, en situaciones en las cuales el profesional puede recuperar los recursos consumidos al prestar atención al paciente, a través de una respuesta de agradecimiento por parte de este último. No obstante, no se ha encontrado evidencia empírica en cuanto a la incidencia de la recuperación de recursos a través de la relación con los pacientes sobre el bienestar del profesional, en estudios que incorporen las características de frecuentación y tipo de síntomas de dichos pacientes.

Partiendo de estas premisas y a partir del modelo de Conservación de Recursos (Hobfoll, 1989), se plantea como tercer objetivo específico de esta investigación, el averiguar cómo afectan las características del paciente a la relación entre algunas de las variables del EMFyC medidas después de cada interacción médico-paciente. Dichas variables son la demanda del paciente percibida por el médico, la retroalimentación positiva del paciente y el agotamiento emocional del EMFyC. Las características del paciente hacen referencia a los factores frecuentación y tipo de síntomas.

Para analizar estos aspectos, por un lado se estudiará cómo inciden las características del paciente en la relación de la demanda de este último sobre el agotamiento emocional del profesional. Por otro lado, se analizará cómo afectan dichas características del paciente a la relación de la retroalimentación positiva que ofrece el paciente sobre el agotamiento emocional del EMFyC.

Desde el modelo de Demandas-Recursos (Demerouti et al., 2001), se busca conocer cuál es el papel que juega la interacción personal con los pacientes sobre el agotamiento emocional de dichos profesionales, en función de las demandas ocasionadas por los primeros. De esta forma, como cuarto y último objetivo específico de esta investigación, se estudiará el efecto de la retroalimentación positiva del paciente respecto a la relación de las demandas de este último sobre el agotamiento emocional del médico.

En cuanto a los dos últimos objetivos planteados para esta investigación, no se ha encontrado evidencia empírica suficiente acerca de la influencia de los factores frecuentación y tipo de síntomas del paciente, en la relación de las diferentes variables mencionadas –demanda y retroalimentación positiva- sobre el agotamiento emocional del profesional. Por otro lado y respecto al estudio del papel de la reciprocidad del paciente hacia el médico, tampoco se han encontrado investigaciones que incorporen el

análisis de la influencia de la interacción con el paciente sobre los niveles de bienestar del profesional a través de una metodología de diario. Por ello se destaca una aportación de este estudio en cuanto a estas líneas de trabajo.

En las investigaciones sobre el estrés en EMFyC, se destacan dos limitaciones en la literatura científica sobre las cuales el presente trabajo pretende también realizar un aporte significativo. Por un lado, la mayoría de los trabajos existentes son descriptivos o prescriptivos, muchos de los cuales carecen de base empírica. Por otro lado, los estudios existentes buscan en su mayoría determinar las causas que preceden al surgimiento del estrés, más que conocer cómo éstas impactan sobre el médico, sobre el paciente y sobre la organización. Así, parece existir un predominio de investigaciones que indagan acerca de cuáles son las condiciones laborales que ejercen como estresores para dicho colectivo (Appleton et al., 1998; Lee, Brotheridge y Lovell, 2010; Linzer et al., 2002; Sundquist y Johansson, 2000; Wallace y Lemaire, 2007). Por tanto, desde este trabajo se realiza un estudio empírico que procura realizar un aporte significativo en el estudio del estrés relacionado a la atención de pacientes *HF*s y con *SMI*.

Asimismo, una proporción bastante menor de trabajos sobre estrés analiza qué aspectos del contexto de trabajo pueden ejercer de amortiguador de los efectos negativos provocados por algunos de esos estresores laborales como, por ejemplo, las demandas laborales. En esta línea de investigaciones, una proporción aún menor examina los posibles beneficios que pueden tener las relaciones interpersonales en el trabajo como la relación con los compañeros de trabajo o con los pacientes (Arnetz, 2001; Dunstone y Reames, 2001; Horowitz, Suchman, Branch y Frankel, 2003; McMurray et al., 1997; Wallace y Lemaire, 2007). No obstante, cabe destacar que se ha encontrado evidencia empírica escasa acerca de esta última afirmación en la relación con paciente *HF*s con *SMI*. En este sentido se considera que este trabajo puede ser de

interés para el análisis del papel que juega la retroalimentación positiva de los pacientes como recurso para afrontar los efectos negativos de las situaciones laborales potencialmente nocivas para el EMFyC, incorporando el análisis de las características de frecuentación y tipo de síntomas de los mismos.

1.3. Estructura del estudio

A continuación se procederá a mencionar los distintos apartados que componen esta investigación. La misma se divide en dos bloques, uno teórico y otro empírico. En el primero, se exponen los aspectos teóricos que fundamentan dicha investigación y, en el segundo, el trabajo empírico realizado para la contrastación de las hipótesis planteadas.

Dentro del bloque teórico, el segundo capítulo describe los fenómenos de la hiperfrecuentación y la sintomatología médicamente inexplicable en pacientes. A lo largo de los diferentes apartados, se exponen los criterios de definición de un paciente como hiperfrecuentador, los subtipos de pacientes *HF*s, la prevalencia de los mismos en las consultas de los EMFyC y en la población asistencial general. También, se enuncian las características y terminología asociada a los pacientes *HF*s que presentan *SMI*, y la prevalencia de estos síntomas en la población hiperfrecuentadora. El capítulo se cierra con las consecuencias económicas de la hiperfrecuentación motivada por los pacientes con *SMI*.

Una vez definidos los criterios de clasificación y características para cada tipo de paciente, el tercer capítulo comienza con la descripción de las características de los pacientes *HF*s con *SMI* respecto de su autopercepción como tales y de sus características sociodemográficas y de salud. Seguidamente, en el apartado 3.2, se expone el concepto de “encuentros difíciles” y se enuncian las características del médico que repercuten en la relación con este tipo de paciente. El último de los

apartados de este capítulo aborda las clasificaciones realizadas acerca de los encuentros difíciles.

En el cuarto capítulo del bloque teórico, en el apartado 4.1, se enuncian algunos de los principales modelos de estrés laboral utilizados en el ámbito de la Psicología de la Salud Ocupacional. A continuación, en el apartado 4.2 se abordan las fuentes de estrés y de protección de los EMFyC. En dicho apartado se describen los estresores y las consecuencias asociadas a la atención a pacientes *HF*s con *SMI* de acuerdo con los modelos descritos anteriormente.

Para finalizar el bloque teórico, en el quinto capítulo se exponen las hipótesis a contrastar en el estudio empírico. En los apartados comprendidos entre el 5.1.1 al 5.1.5, se describen aquellas vinculadas a los efectos del tipo de paciente sobre el malestar del EMFyC. Seguidamente, en el apartado 5.2 se desarrollan las hipótesis concernientes a los efectos moderadores entre las variables de interés para este trabajo. Así, en el apartado 5.2.1 se exponen las hipótesis de moderación del tipo de paciente en la relación de la demanda exigida por éste sobre el agotamiento emocional del profesional. En el apartado 5.2.2 se especifican las hipótesis de moderación del tipo de paciente en la relación de la retroalimentación positiva del paciente sobre el agotamiento emocional del EMFyC. Por último, el apartado 5.3 recoge las hipótesis de moderación de la retroalimentación positiva por parte del paciente, respecto a la relación de la demanda de éste último sobre el agotamiento emocional del médico.

El bloque empírico del trabajo comienza con un capítulo dedicado al método aplicado a través de la realización del estudio de diario. En el apartado 6.1 se describen las características y criterios inclusión de los participantes, tanto de EMFyC como de pacientes. En el apartado 6.2, se relata el procedimiento utilizado para la

implementación del estudio. Seguidamente, en el apartado 6.3, se exponen los instrumentos de medida utilizados para la realización del mismo, así como las características y propiedades psicométricas de éstos. Finalmente, en el apartado 6.4, se especifican los análisis realizados para la contrastación de las hipótesis enunciadas.

En el séptimo capítulo, se exponen los resultados obtenidos y sus implicaciones para las hipótesis desarrolladas. En el apartado 7.1, se describen las características de la muestra de EMFyC y de pacientes utilizada para la recogida de datos. A continuación, en el apartado 7.2, se exponen los resultados correspondientes a las hipótesis planteadas acerca de los efectos de los factores de frecuentación y tipo de síntomas sobre el bienestar y desempeño del profesional. Para finalizar el capítulo de resultados, en el apartado 7.3, se describen los resultados relativos a las hipótesis de moderación.

Una vez expuestos los resultados de la investigación, en el octavo capítulo, se discuten las implicaciones de los mismos para el ámbito de estudio y para las investigaciones precedentes. Dicho capítulo finaliza con las principales conclusiones del estudio, destacando, por un lado las principales aportaciones y sugerencias para futuros trabajos y, por otro, las limitaciones existentes en la realización del mismo.

PRIMER BLOQUE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO 2

2. Definición y criterios de Clasificación de los pacientes a partir de la Frecuencia de consulta médica y del Tipo de síntomas

En los trabajos realizados con pacientes cuya frecuencia de uso de los servicios de salud excede el nivel medio de la población, se utilizan diferentes términos para referirse a los mismos como, por ejemplo, *HF*s (*frequent attenders*), pacientes difíciles (*difficult patients*), pacientes odiosos (*hateful patients*), pacientes con síntomas médicamente inexplicables (*medical unexplained symptoms*), pacientes “*heartsink*” (“*heartsink*” patients), somatizadores (*somatizers*), entre otras etiquetas.

Fuera de la literatura científica, se utilizan términos peyorativos para aludir a este tipo de paciente como, por ejemplo, hipocondríaco (*functionella*) (Staley, 1991), material clínico indiferenciado (*undifferentiated clinical material*) (Von Mering y Early, 1966), fastidioso (*nudnik*) (Maoz, Antonovsky, Ziv, Avraham-Shiloh y Durst, 1985), carpeta gorda (*fat-folder*), o cacharro (*crook*) (Pérez-Lòpez, 2011). Aunque a continuación se describirán los términos científicos utilizados para referirse a los mismos, las distintas maneras de llamarles, sean éstas formales o informales, transmiten algo de lo que este tipo de paciente provoca en los profesionales sanitarios que deben atenderles.

Esta variedad terminológica dificulta especialmente el abordaje del tema puesto que, en ocasiones, se hace referencia al mismo fenómeno a través de distintas denominaciones. En algunos casos, incluso, se utilizan de forma intercambiable unas con otras o como sinónimos. Este hecho, además de dificultar el estudio del tema, obstaculiza el reconocimiento de las características específicas que corresponden a los pacientes asignados a cada uno de los términos propuestos.

Si bien el denominador común que tiene este tipo de pacientes es el acudir de forma excesiva a consulta, en una parte importante de ellos coexisten otras características que hacen que no se les considere solamente como pacientes con una alta frecuencia de consultas al EMFyC. Así, el tipo de sintomatología por la que acuden asiduamente al médico, hace que la alta cantidad de consultas que efectúan no sea el único elemento a tomar en consideración desde el punto de vista de las consecuencias para el bienestar de los EMFyC, sino solo una parte de la cuestión.

En una parte importante de los *HF*s, cuya atención compromete los niveles de bienestar y desempeño profesional del médico, es muy difícil encontrar una explicación al origen de su sintomatología o una solución definitiva a su problemática de salud, pues presentan paralelamente problemas psicológicos y/o sociales. Como consecuencia de todas estas particularidades, aumentan la demanda asistencial y emocional del médico en cada consulta, sobrecargándole y afectándole negativamente. Por tanto, se puede afirmar que existen dos fenómenos diferentes pero habitualmente asociados y que afectan al bienestar y el desempeño del EMFyC. Por un lado, el fenómeno de la hiperfrecuentación, y por otro, la presencia de sintomatología cuyo origen orgánico es difícil de determinar.

Así, diferentes investigaciones afirman que en la interacción con pacientes que presentan estas características, más allá de cómo se les denomine, el bienestar del profesional se ve afectado de forma negativa ya que le provocan frustración y emociones negativas (Bellón y Fernández, 2002; O'Dowd, 1988), desafían su quehacer profesional (Hahn, 2001; Mas et al., 2003) y sobrecargan su trabajo (Luciano et al., 2010; Mathers et al., 1995; Reid et al., 2001b), entre otras consecuencias recurrentes a lo largo de los diferentes trabajos sobre el tema.

En relación a la hiperfrecuentación, existen pacientes que pueden presentar una frecuencia de visitas superior a la media de uso de los servicios sanitarios en la población normal. A éstos se les reconoce como *HF*s. Por el contrario, si el patrón de uso se encuentra en la media, se les denomina normofrecuentadores (en adelante *NF*s). De acuerdo al tipo de síntomas que se asocia a estos últimos y en lo que se resulta relevante para este trabajo, también es posible clasificar a los pacientes en función de la posibilidad de explicar o no el origen de los síntomas. Así, aquellos pacientes en los que el médico puede encontrar un origen orgánico a su padecimiento se les denomina pacientes con síntomas medicamente explicables (en adelante, *SME*). Frente a aquellos a quienes no le es posible hallar una explicación o cura médica, se les clasifica como pacientes con *SMI*.

Más allá de la posibilidad de catalogar a los pacientes en función de estas dos variables, en la literatura científica se puede observar que los niveles de hiperfrecuentación y los *SMI* aparecen ligados a través de los diferentes términos con los cuales se reconoce a los pacientes que hiperfrecuentan, tal y como se refleja en la tabla 1. Por ello se mencionarán en una primera instancia, las características de los denominados propiamente *HF*s y luego se describirán las categorías de éstos en función del tipo de sintomatología por el que consultan.

Tabla 1. Nomenclatura del tipo de paciente en función de la frecuencia de visitas y el tipo de síntomas

<i>Tipo de paciente</i>	<i>Frecuencia de visitas</i>	<i>Tipo de síntomas</i>
Hiperfrecuentador (Smucker et al., 2001; Alameda y Pazos, 2009; Botica et al., 2004)	Alta	Enfermedades crónicas Síntomas de origen medicamento inexplicable o somatización
Odioso (Groves, 1978; Strous et al., 2006)	Alta	Síntomas de origen medicamento inexplicable y problemática de origen psicosocial o psiquiátrica
Somatizador/Somatomorfo (Aiarzaguena et al., 2009; Barsky, Orav y Bates, 2005, Jyväskylä et al., 2001)	Alta	Síntomas de origen medicamento inexplicable
Difícil (Gerrard y Ridell, 1988; Haas et al., 2005; Steinmetz y Tabenkin, 2001; Al-Othman et al., 2008).	Alta	Síntomas de origen medicamento inexplicable y psiquiátricos
Heartsink (Butler y Evans, 1999; Mathers et al., 1995)	Alta	Síntomas de origen medicamento inexplicable y psiquiátricos
Síntomas medicamento inexplicables (Hartz et al., 2000; Reid et al., 2001; Epstein et al., 2006; Dowrick, 2010)	Alta	Síntomas de origen medicamento inexplicable

2.1. Pacientes Hiperfrecuentadores

Como se verá a continuación, no existen criterios únicos para determinar a partir de qué frecuencia de visitas un paciente puede ser considerado un *HF*s (Vedested y Christensen, 2005). En los próximos apartados, se ofrece una revisión de la literatura científica acerca de los principales criterios para la clasificación de pacientes como *HF*s.

2.1.1. Criterios para definir a un paciente como hiperfrecuentador

Dentro de los criterios que intentan definir quiénes son los pacientes *HF*s, existen perspectivas tanto cuantitativas como cualitativas, habiendo así distintos parámetros para determinar el que un paciente sea o no un hiperfrecuentador. En este apartado se hará referencia a aquellos criterios de definición utilizados en la mayoría de los estudios sobre esta temática.

En su revisión de más de 50 estudios sobre hiperfrecuentación, Vedsted y Christensen (2005) establecen que no existe una definición generalmente aceptada o unánime acerca de con qué criterios cuantitativos se define a un paciente como hiperfrecuentador. Dichos criterios se refieren a una razón entre el número de visitas y el periodo de tiempo en que éstas tuvieron lugar.

La frecuentación se define como el número de visitas que realiza un paciente a un servicio sanitario (Rubio, Adalid, Cordon, Solanas, Maso, Fernandez, Rafols, Arroyo, Auquer, Bunuel, 1998). Algunos trabajos sobre hiperfrecuentación como el de Ortega, Roca, Iglesias y Jurado (2004) definen a los *HF*s como aquellos pacientes en los cuales la variable “frecuentación” de consultas en Atención Primaria no sigue una distribución normal respecto al total de la población asistencial, con lo cual, un número reducido de pacientes son los que generan la mayor parte de las consultas. En esta línea, algunas investigaciones demuestran que una pequeña proporción de pacientes del total de la población asistencial es el responsable del mayor número de las consultas de Atención Primaria, ubicándose por encima del percentil 75 en el número de consultas llevadas a cabo en un año (Llorente, López, García, Alonso, Muñoz y Alonso, 1996).

No obstante, cabe mencionar que si bien una alta frecuencia en el número de visitas realizada por algunos pacientes no implica necesariamente que dichas consultas sean injustificadas, en general, se asume que el fenómeno de la hiperfrecuentación se relaciona con un consumo excesivo e inadecuado de los recursos sanitarios (Muñoz y González, 2007). Esta afirmación está relacionada con el tipo de sintomatología que se asocia a dicho fenómeno, aspecto que se describirá en el apartado 2.2 del presente capítulo.

Uno de los criterios cuantitativos más utilizados en la definición de un paciente como hiperfrecuentador se basa en el número de visitas realizadas al EMFyC a lo largo de un año. Utilizando este criterio, se encuentran estudios que definen a un paciente como hiperfrecuentador cuando éste acude a consulta cuatro (Daugird, Spencer, 1989), cinco (Andersson, Mattsson, Lynoe, 1995; Little, Somerville, Williamson, Warner, Moore, 2001) o seis veces al año (McIsaac, Goel, Naylor, 1997; Sensky, MacLeod, Rigby, 1996). Para otros autores, los *HF*s son aquellos que consultan a partir de ocho veces al año (Adam, Brandenburg, Lindstrom y Nordstrom, 2010; Guerra y De Anca, 2007; Kersnik et al., 2001), más de once veces al año (Karlsson, Lehtinen y Joukama, 1994; Sheehan, Bass, Briggs, Jacob, 2003; Stewart y O'Dowd, 2002) o el doble de la media de visitas anuales de la población (Dowrick, Bellón y Gómez, 2000).

Otros de los criterios cuantitativos utilizados hace referencia, por un lado, al percentil que ocupa el sujeto en la distribución poblacional del número de visitas por año, y por otro, a cuántas desviaciones típicas se encuentra la frecuentación anual del paciente por encima de la media de la población. Por ejemplo, por un lado, el consultar más de once veces al año y situarse en el percentil 90 o por encima de éste (Arillo, Vilches, Mayor, Gurpegui, Arroyo, Estremera, 2006) y el superar a la media de consultas en una (Bellón, Delgado, Luna, Lardelli, 1996) o, por otro, en dos

desviaciones típicas respecto al número de consultas anuales (Arnal, Amorín, Castanc, 2001; Ortega et al., 2004).

Casi todos los trabajos sobre hiperfrecuentación han utilizado como período máximo de observación un año, por lo que se conoce poco en cuanto a períodos de tiempo más largos (Ward, Underwood, Fatovich, Wood, 1994). Algunos ejemplos de estos últimos son los trabajos de Smucker et al., (2001) quienes consideran como hiperfrecuentador a quien tiene más de 25 visitas en dos años, y el de Portegijs et al., (1996) los cuales establecieron 12 visitas en tres años.

Por último, existe también un criterio basado en el sostenimiento de un determinado nivel de frecuentación mensual –más de una vez al mes- durante un periodo de un año (Robles, Gelabert, Llull, Bestard, Vicens, Bauzá, Roca, 2009).

De esta forma se puede concluir que no existe un criterio único ni universalmente aceptado para definir la hiperfrecuentación y por ende, al paciente hiperfrecuentador, en función del número de consultas realizadas a la consulta de Atención Primaria (Alameda y Pazos, 2009).

Desde un punto de vista cualitativo, la definición de un paciente como hiperfrecuentador se efectúa en función de cómo es percibido por el profesional, a partir de las características sintomatológicas (*SMI*) y personales de dicho paciente. Según esta perspectiva, el número concreto de visitas al médico carece de importancia. Si bien desde esta línea tampoco existe un criterio universal para definir un paciente como hiperfrecuentador, la percepción de un nivel elevado de demanda por parte del profesional es el criterio último, en términos de las consecuencias para su bienestar, más allá de la cantidad exacta de veces que hayan consultado (Sandín y Conde, 2010). Así, en este tipo de definiciones queda claro el solapamiento existente entre los factores de

frecuentación y tipo de sintomatología del paciente. El aumento de la demanda originada por la inespecificidad de esta última, condiciona la percepción del médico, el cual clasifica al paciente como hiperfrecuentador.

De forma general, los pacientes *HF*s acuden reiteradamente a la consulta porque consideran que tienen la necesidad de recibir cuidados especiales. Presentan pluripatología caracterizada, no solo por la multiplicidad sintomática, sino porque, además, los síntomas que presentan son recurrentes e inespecíficos y, por tanto, de difícil diagnóstico y tratamiento. Además, estas características sintomatológicas se asocian habitualmente con problemas sociales, incluidos los laborales o familiares (Sandín y Conde, 2010). De acuerdo a todas estas características, sus consultas pueden ir asociadas a cuestiones de salud física, pero también psicológicas o emocionales (Guerra y De Anca, 2007). A su vez, acuden a la consulta médica buscando que los EMFyC reconozcan y legitimen sus síntomas y, a la vez, que les tranquilicen (Hodgson, Smith, Brown, Dowrick, 2005), por lo que el motivo de consulta va más allá del ámbito exclusivamente médico. Así, se considera que los *HF*s consultan albergando la esperanza de una respuesta eficaz o una solución a problemas que no siempre responden a una enfermedad orgánica por parte de los servicios sanitarios (Andersen, 1995). De nuevo, el término de hiperfrecuentador no se desprende exclusivamente a partir del número de visitas, sino que se incorpora el tipo de sintomatología como un elemento que subyace al nivel de frecuentación.

Además, varias investigaciones, que serán comentadas en apartados posteriores, hacen hincapié en el resultado emocional negativo que provocan estos pacientes en el profesional como un elemento fundamental para la definición de los mismos (O'Dowd, 1988). De esta forma, parece ser que el cómo el paciente hace sentir al médico se transforma en un dato relevante para la categorización del primero.

Puede concluirse, entonces, que en las definiciones cualitativas de los pacientes *HF*s, además de aludir al número de visitas realizadas por el paciente, comienzan a exponerse aspectos relacionados al tipo de sintomatología que presentan, la cual incide en la percepción del médico acerca del mismo.

En función de lo mencionado en este apartado, es de esperar que desde el punto de vista metodológico, puedan surgir conclusiones erróneas o imprecisas sobre cualquiera de los dos fenómenos producto de la confusión y solapamiento entre los mismos. Por ello el estudio empírico de este trabajo, se plantea la distinción entre ambas dimensiones –frecuentación y sintomatología– como requisito previo al análisis del efecto del paciente sobre el bienestar del EMFyC.

2.1.2. Denominación de grupos de pacientes hiperfrecuentadores en función del ritmo de visitas

En relación directa con la existencia de los diferentes criterios para definir a los pacientes *HF*s, deben mencionarse las clasificaciones que se hacen de éstos en función del criterio cuantitativo que contempla la relación entre el número de visita por intervalo de tiempo. Dichas clasificaciones establecen perfiles, patrones o subgrupos de *HF*s (Karlsson, Lehtinen, Joukamaa, y Kokki, 1996; Neal, Heywood y Morley, 2000; Ortega et al., 2004).

Neal, Heywood y Morley (2000a) dan cuenta de la existencia de dos grupos de pacientes *HF*s en función del número de consultas anuales. Uno de esos grupos se compone de pacientes denominados regulares (*regular*), los cuales consultan de manera asidua y constante a lo largo del tiempo. El otro grupo de pacientes acuden al médico de forma intermitente y se le reconoce como grupo “explosión/lagunas” (“*burst/gaps*”)

respecto a la constancia de visitas al médico. Estos últimos consultan un número elevado de veces, pero lo hacen de forma irregular en el tiempo, existiendo periodos de alta frecuentación, seguidos de periodos sin visitas al médico. Con esta clasificación se establece que los pacientes *HF*s no tienen por qué consultar al médico de forma reiterada y continua en un lapso de tiempo. La alta frecuencia de consultas puede darse en un lapso temporal más corto y que se les reconozca igualmente como *HF*s. Este aspecto se recogerá en la clasificación de pacientes realizada en la parte empírica de este trabajo por intervalo de tiempo.

En la misma línea, Hodgson et al., (2005) hallaron también la existencia dos grupos de pacientes *HF*s. Un grupo que consulta de forma intensa en períodos específicos (de crisis) y otro consulta de forma más constante o regular. Como se puede observar, la base de ambas categorizaciones rescata el patrón de comportamiento en cuanto a las consultas al médico.

En España, Ortega et al., (2004) clasifican a los pacientes *HF*s en función de si es el paciente quien decide acudir a consulta o no y, a su vez, con el tipo de síntomas por los que acude a la consulta. De acuerdo con estos dos criterios, definen un grupo de pacientes como demandantes, los cuales acuden a la consulta por petición propia y por alguno de los siguientes motivos: somatización, dependencia y falta de recursos sociales. El segundo grupo de pacientes se caracteriza por ser inducido a hiperfrecuentar a través de los procedimientos del equipo de salud, el cual resuelve cuándo y cómo consulta el paciente, no especificándose la sintomatología que le acompaña.

2.1.3. Subtipos de pacientes hiperfrecuentadores en función de sus características sociodemográficas y de salud

Además de clasificar a los pacientes *HF*s en relación al número de visitas en un lapso de tiempo, Karlsson, Lehtinen, Joukamaa, y Kokki (1996) los agrupan en función de sus características sociodemográficas y de salud, tanto física como psíquica. Estos autores identifican así cinco perfiles de pacientes *HF*s.

En el primer grupo incluyen a los pacientes físicos (*physical*) los cuales tienen enfermedades físicas y no presentan factores de estrés psicosocial. El segundo grupo, los psiquiátricos (*psychiatric*), se compone de pacientes *HF*s que presentan enfermedades mentales. Estos pacientes manifiestan síntomas somáticos originados por una enfermedad mental, aunque no son diagnosticados como somatizadores sino bajo el término de somatización facultativa (*“facultative somatization”*) (Bridges y Goldberg, 1985). El tercer grupo, lo componen los pacientes en crisis (*crisis*) en los cuales se puede identificar claramente un estresor en la vida de los mismos (por ejemplo, problemas de pareja), padeciendo también altos niveles de angustia. El cuarto grupo se compone de los somatizadores crónicos (*chronically somatizing*) a quienes estos autores les identifican como a los somatizadores propiamente dichos (Bridges y Goldberg, 1985). Los mismos presentan al menos tres síntomas de larga duración, sobre los cuales no puede establecerse un origen orgánico y, a su vez, dichos síntomas no tienen por qué estar conectados con una enfermedad psiquiátrica. Por su parte, los pacientes pertenecientes a este grupo tienen la convicción de que sus síntomas albergan una causa orgánica. Por último, el grupo de los problemas multiproblemáticos (*multiproblem*) lo forman pacientes *HF*s en los cuales coexisten enfermedades físicas y psiquiátricas, pero se agregan también desórdenes de personalidad y abuso de sustancias.

De esta forma, en la agrupación de Karlsson et al., (1996) nuevamente se presenta al fenómeno de la hiperfrecuentación, combinando el número de visitas que efectúa el paciente con la sintomatología del mismo. A diferencia de enfoques anteriores, estos autores no identifican la hiperfrecuentación con una sola categoría de síntomas –los somáticos- sino que pretenden recoger mediante diferentes sintomatologías o motivos de consulta, todos los subtipos de hiperfrecuentadores. Por motivos de parsimonia y con el fin de ajustarse a las clasificaciones que habitualmente manejan los profesionales, en este trabajo se han simplificado las categorías relativas a la motivación de la hiperfrecuentación, tal y como se explica en apartados posteriores.

2.1.4. Prevalencia de la hiperfrecuentación

Como se mencionó en el capítulo 1, la hiperfrecuentación es un fenómeno preocupante puesto que produce una triple amenaza en el sistema sanitario al afectar a la calidad de la asistencia sanitaria recibida y percibida por el paciente, al bienestar laboral de los profesionales de la salud, y a la sostenibilidad del propio sistema.

Dicho fenómeno se documenta en diferentes países de Oriente y de Occidente, donde en esta región, la mayor parte de los trabajos se han realizado en Europa y en Norteamérica. En Europa, algunas de estas investigaciones se han realizado en Reino Unido (Birmingham, Cohen, Hague y Parsonage, 2010; Hodgson et al., 2005; Mathers et al., 1995), Croacia (Botica et al., 2004), Eslovenia (Kersnik et al., 2001), Países nórdicos (Suecia, Finlandia y Dinamarca) (Woivalin et al, 2004; Jyväskylä et al., 2001; Fink et al., 1999 respectivamente) y España (Arillo et al., 2006; Bellón y Fernández, 2002; Mas et al., 2006; Mas et al., 2009; Robles et al., 2009). En Norteamérica, se encuentran estudios realizados en Estados Unidos (Barsky, Orav y Bate, 2005; Elder et

al., 2006; Haas et al., 2005) y, en una menor proporción, en Canadá (Browne, Humphrey, Pollister, Browne y Shetzer, 1982).

En Oriente, también se destacan algunos estudios realizados en Kuwait (Al-Kandari, Al-Assomi, Al-Saqabi y El-Shazly, 2008; Al-Othan, Seroor, Ahamad y Al-Khalifa, 2008), India (Khan, 2009) y en Israel (Steinmetz y Tabenkin, 2001; Strous et al., 2006), entre otros.

En los diferentes estudios sobre el tema, no se han hallado cifras constantes de prevalencia de la hiperfrecuentación en las consultas de los EMFyC, lo cual puede estar relacionado en parte con la falta de consenso en cuanto al criterio para definir al paciente como *HF*s. En ocasiones se ofrecen datos de la prevalencia de este tipo de paciente cuando se alude en realidad a pacientes que no son solamente *HF*s, tal y como se detallará más adelante, como por ejemplo, los pacientes difíciles.

En Europa y Norteamérica, algunos estudios dan cuenta de cifras de prevalencia de paciente *HF*s de entre un 10,5% a un 15%, cuando dichos pacientes se definen como tales al situarse en el percentil 90 y duplicar la media de visitas respectivamente (Báez, Aiarzaguena, Grandes, Pedrero y Aranguren, 1998; Hodgson et al., 2005). Otros encuentran que este tipo de paciente está representado por un 20% de la población cuando realizan más de 11 (Karlsson et al., 1995) o 12 visitas al año (Robles et al., 2009), o se sitúan por encima del tercer cuartil (Botica et al., 2004). Cifras un poco más elevadas se describen en un estudio comparativo entre muestra española (39,2%) e inglesa (44,6%) teniendo en cuenta como criterio de inclusión para clasificar al paciente como *HF*s el que éste efectúe el doble de visitas que la media (Dowrick, Bellón y Gómez, 2000).

En estudios realizados en Oriente se hallan cifras un poco menores a la mínima prevalencia en Occidente (5,8%) con una media de 16 visitas al año (Al-Kandari et al., 2008). No obstante y como se afirmaba previamente, existe una mayoría de trabajos y por tanto de datos cuantitativos acerca de la repercusión de este fenómeno, realizados en Occidente.

Sobre la proporción de las consultas de estos pacientes y su relación con el porcentaje de consultas y tiempo asistencial que consumen en Atención Primaria, hay un mayor acuerdo en las cifras halladas en distintos trabajos. En España se expone que un 12% de paciente genera el 43% del trabajo asistencial (Ortega et al., 2004), datos que coinciden con otros estudios con muestra española (Grau, Cebriá, Casas, Segura, Corbella y Castelliví 1998; Segovia, Pérez, Torío y García, 1998). En dichos estudios se tomó como referencia de clasificación la media de visitas más una o dos desviaciones típicas.

A su vez, estos porcentajes coinciden con los reportados en otros países como Canadá donde el 4,5% de los pacientes con 9 o más visitas por año induce una quinta parte del trabajo al médico (Browne et al., 1982), o, en Kuwait, donde un 5,8 % del total de pacientes realiza el 19,2 % de las consultas con una media de 16 consultas (Al-Kandari et al., 2008).

Además de la preocupación derivada de que una pequeña proporción de pacientes provoca gran parte del trabajo de los médicos, se añade la inquietud de que el fenómeno de la hiperfrecuentación es un fenómeno en aumento. Ello lo demuestra un estudio longitudinal que da cuenta del aumento de consultas de los *HF*s en el período desde 1990 hasta 1995, de un 5,7% a un 13,8%.

Dado que en comparación con el conjunto de Europa, España tiene la mayor presión asistencial (Orozco, Pedrera, Gil, Prieto, Ribera, Martínez, 2004; Bellón, 2006; Byrne, Murphy, Plunkett, McGee y Murray, 2003; García, 2004; Ruiz, 2004; Vedsted, Sorensen, Nielsen y Olesen, 2001) cabe esperar que el fenómeno de la hiperfrecuentación afecte en mayor medida sanitario español y, por ende, a los EMFyC.

2.2. Tipos de Sintomatología relevantes para el análisis de la Hiperfrecuentación

Como se señaló en el apartado 2.1.1, en algunas de las definiciones de hiperfrecuentación, además de un criterio cuantitativo, basado en el número de visitas por intervalo de tiempo, se incorporan también características vinculadas al tipo de sintomatología que presenta el paciente hiperfrecuentador. Por ello, a continuación se presentan algunos de los síntomas que suelen considerarse ligados a la hiperfrecuentación e implicados en los efectos negativos de dicho fenómeno sobre el bienestar del profesional.

El término síntomas médicamente inexplicables es introducido por Melville (1987), diferenciándolos de los desórdenes de somatización y otras enfermedades somáticas, pero conservando como característica común el origen mental de los síntomas (Pérez-López, 2011). De esta forma, aunque no cumpla con los criterios de definición del Trastorno de somatización según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-VI) (APA, 1994) que se describirá a continuación, dicha terminología refleja las quejas y el sentir de estos pacientes.

Como se mencionó al comienzo de este capítulo, se clasifica a los pacientes también en función de la posibilidad de encontrar una explicación al origen de los

síntomas a partir de los conocimientos médicos (*SME*), o cuando al médico no puede determinar el origen de los síntomas, ni ofrecer un tratamiento médico eficaz para tratarles (*SMI*). La causa de los síntomas del primer grupo es de carácter orgánico y puede ser explicado a partir de una alteración somática en el paciente. Respecto al segundo grupo, el origen de los síntomas es inespecífico, se sitúa en el límite de lo psicológico y de lo psicopatológico, y/o está ligado a variables de carácter psicosocial (Nimnuan et al, 2000; Sharpe y Bass, 1992).

Sobre este último grupo de pacientes, algunos autores prefieren hablar de complicaciones subjetivas respecto a la salud (*subjective health complaints*) más que de sintomatología médicamente inexplicable. Afirman que ambas situaciones hacen referencia a síntomas que no tienen explicación somática, pero el utilizar el término de “complicaciones subjetivas” define mejor el estado subjetivo del paciente respecto a su situación de salud (Eriksen y Ursin, 2004) y el comportamiento del mismo en cuanto a dicha situación.

A continuación, se exponen las diferentes denominaciones con las que se hace referencia en la literatura científica a aquellos pacientes para los que el profesional no tiene una respuesta sobre el origen de su sintomatología.

2.2.1. Pacientes somatomorfos o pacientes con síntomas médicamente inexplicables

Varios autores afirman que el paciente somatomorfo es un tipo de paciente que acude frecuentemente a la consulta del EMFyC (Epstein et al., 2006; Hartz et al., 2000; Heinrich 2004; Pérez-López, 2011; Reid et al., 2001b; Ring et al., 2004; Salmon et al., 2007; Seaburn, Morse, McDaniel, Beckman, Silberman, Epstein, 2004).

Dentro de la clasificación del trastorno somatomorfo se distinguen el trastorno de somatización, somatomorfo indiferenciado, de conversión, por dolor, hipocondría, trastorno dismórfico corporal trastorno somatomorfo no especificado (APA, 1994). En la investigación sobre pacientes *HF*s, a excepción de pocos estudios (Jyväsjarvi et al., 2001), se analiza la relación del fenómeno de la hiperfrecuentación particularmente con el trastorno de somatización (Barsky et al., 2005; Bermingham et al., 2010; Blay, 1996; Fink et al., 1999; Margo y Margo, 1994).

De forma general, este último puede ser considerado desde dos puntos de vista. Por un lado, como un fenómeno secundario a la angustia psicológica lo cual deriva en la presentación de somatización, y por el otro, como un fenómeno primario caracterizado por la presencia de *SMI* o somatización funcional (DeGucht y Fischler, 2002). Estas características están en la base de la equivalencia terminológica para el estudio de pacientes somatizadores o con *SMI* en la población hiperfrecuentadora, en los cuales, como se especificó, hay una prevalencia de este tipo de síntomas.

Según los criterios recogidos en el DSM-IV (APA, 1994), los pacientes somatizadores presentan un patrón de síntomas somáticos, múltiples y clínicamente significativos (necesidad de tratamiento medicamentoso, deterioro de la actividad social o laboral) y que comienzan su aparición antes de los 30 años de edad. Dichos síntomas persisten en el tiempo y, por tanto, el paciente considera que deben ser tratados clínicamente. En cuanto a la cantidad de síntomas, dicho paciente tiene que presentar cuatro síntomas dolorosos, dos gastrointestinales, uno sexual y uno pseudo-neurológico, para considerarle como somatomorfo. A su vez, para dichos síntomas no debe existir una explicación médica que determine de forma certera el origen de los mismos. Por

otra parte, la sintomatología puede ir acompañada por un deterioro importante del paciente en las áreas social, laboral u otras áreas significativas para el mismo.

En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) se establece que en los trastornos somatizadores, la evolución de los síntomas somáticos múltiples, variables y que carecen a su vez de explicación orgánica debe ser superior a dos años. El paciente insiste en buscar clínicamente la causa de su malestar y rechaza la explicación de que no existe una base orgánica para su malestar. Respecto al número de síntomas, el paciente debe presentar como mínimo seis síntomas de, al menos, dos de los siguientes tipos: gastrointestinales, cardiovasculares, urogenitales, cutáneos y dolor.

De acuerdo con el Índice de Síntomas Somáticos (*Somatic Symptoms Index, SSI*) (Escobar, Rubio-Stipec, Canino y Karno, 1989), se establece que el punto de corte para considerar a un paciente como somatizador varía en función del sexo. Los hombres deben presentar cuatro síntomas con las características mencionadas previamente y las mujeres seis (Portegijs et al., 1996).

En función de lo expuesto y en base a trabajos previos que consideran que la definición de trastorno de somatización es restrictiva y poco práctica en el sector de Atención Primaria, (Larisch, Schweickhardt, Wirsching y Frizsche, 2004) en la presente investigación se analiza y se clasifica al paciente somatizador como paciente somatomorfo en general.

Respecto a las características mencionadas para los pacientes que padecen este trastorno, los mismos vivencian y transmiten su enfermedad o sintomatología de forma somática u orgánica como una forma de comunicar su angustia. La misma, con frecuencia, deriva de situaciones de estrés con origen psicosocial a las que buscan encontrar una solución médica (Heinrich, 2004; Lipowski, 1988).

En el proceso de somatización se debe distinguir entre la enfermedad objetiva (*disease*) y la enfermedad subjetiva (*illness*) (Heinrich, 2004). Esta última refleja la experiencia del paciente sobre lo que le ocurre y no presenta una correlación con lo que el médico observa acerca de la sintomatología de dicho paciente. Esta falta de conexión entre la vivencia del paciente y los datos que observa el médico, junto con la manifestación orgánica de problemas originados en el ámbito psicológico y/o social del paciente, son la base para la inclusión de los pacientes somatomorfos en el grupo de pacientes con *SMI*.

Sobre este tipo de pacientes, algunos autores consideran que el expresar sus problemas en forma de enfermedades o síntomas somáticos es un mecanismo de defensa psicológico (Margo y Margo, 1994). A su vez, esa situación le sitúa en el rol de “enfermo” dado que presenta o acude a consulta por quejas orgánicas o enfermedades objetivas. El paciente encuentra así un beneficio secundario de su situación al ser percibido como enfermo por el sistema social y por su familia, con las contrapartidas de atención y dedicación que ello implica.

Paralelamente, para estos pacientes es fundamental que el médico legitime de alguna forma su problemática, legitimación que se produce cuando el profesional asigna un diagnóstico a su padecimiento. Así, el etiquetar su enfermedad es, por un lado, tranquilizador y, por otro, les asigna y certifica en el rol de enfermos (Page y Wessely, 2003).

De esta forma y según las características descritas para este tipo de paciente, se ha hallado una fuerte asociación entre síntoma físico, desorden mental y dificultad en la relación interpersonal (Margo y Margo, 1994), donde los síntomas físicos correlacionan

con problemas de índole psicológica o cognitiva más que con cuestiones biológicas o fisiológicas (Salmon et al., 2007).

Otra forma de aludir a pacientes en los cuales no existe la posibilidad de encontrar un origen orgánico a los síntomas es como “pacientes con síntomas ambiguos” (*ambiguous patient symptoms*) (Seaburn et al., 2004). Éstos presentan síntomas similares a los pacientes somatomorfos, pero no reúnen todos los criterios que se utilizan científicamente para clasificarles como tales. Estos criterios son el número de síntomas, las áreas o circunstancias de los mismos (por ejemplo, síntomas pseudoneurológicos o síntomas de dolor) o la edad de la primera aparición de los mismos, entre otros. De esta forma, tanto los pacientes somatomorfos como los pacientes con síntomas ambiguos, comparten la presencia de síntomas orgánicos sin origen ni solución médica conocida.

2.2.2. Pacientes difíciles: pacientes odiosos o pacientes “*heartsink*”

Además de los pacientes somatomorfos y los pacientes con *SMI*, existe otro grupo de pacientes *HF*s a los que se identifica como pacientes difíciles (*difficult patients*). Como se verá a continuación, este tipo de pacientes se caracteriza por presentar altos índices de frecuentación y un tipo de sintomatología similar a los otros dos grupos mencionados previamente.

En este conjunto de pacientes se incluyen los odiosos y los “*heartsink*” (Ágreda y Yanguas, 2001; Blay, 1996; Mas, Cruz, Fañanás, Allué, Zamora, Viñas, 2003), y la “dificultad” del paciente no hace referencia a la complejidad médica del caso (Staley, 1991).

Respecto a los síntomas que presentan los pacientes difíciles, se caracterizan por su vaguedad y fluctuación, implicando distintos órganos y complicaciones crónicas, acompañados de una preocupación constante por su salud (McGaghie y Whitenack, 1982) lo cual les lleva a consultar frecuentemente, aparentemente de forma injustificada, al igual que a los pacientes con *SMI* (Maoz et al., 1985). Según Al-Othman et al., (2008), más de la mitad de este tipo de pacientes, un 56,3%, presenta *SMI* y un 39,1% hiperfrecuenta.

La imposibilidad de establecer un origen acerca de los síntomas de estos pacientes repercute negativamente sobre el paciente. A éste se le realiza una mayor prescripción de medicamentos, un mayor número de pruebas diagnósticas y son derivados a otros profesionales en busca de otras opiniones con más frecuencia para que solucionen una demanda que los tratamientos conocidos no pueden atender (Al-Othman et al., 2008; Pearce, 2002; Smith, 1995;). Todo esto está asociado con un mayor consumo de servicios sanitarios y con un patrón de uso atípico de los mismos (Weiss y Dyer, 2003). A pesar de esto, los pacientes difíciles muestran una pobre adherencia a las recomendaciones y tratamientos que prescriben los profesionales (An et al., 2009; Hahn et al., 1996; Lin et al., 1999; Pérez-López, 2011).

Otros autores definen a este tipo de paciente en función de la respuesta emocional que provocan en los equipos de salud. Ellis (1986) definió a los pacientes difíciles como “aquellos que provocan un nudo en el estómago del médico con el sólo hecho de ver su nombre en el listado de consulta” (*“the feelings felt in the pit of your stomach when their names are seen on the morning's appointment list”*, p.318). Para Martín (2000), los pacientes difíciles producen habitualmente una sensación de angustia o rechazo en el profesional.

También se destacan pensamientos y sensaciones del EMFyC (Shahady, 1984) el cual se describe ante este tipo de paciente con el siguiente acrónimo: I=FACH: “Me siento impotente porque estoy frustrado, enfadado, confuso y hostil” (“*I feel impotent because I m frustrated, angry, confuse and hostile*” p.34) (Staley, 1991).

Blay (1996) también categoriza a los pacientes difíciles como aquellos cuya presencia se percibe negativamente por el equipo de salud, pero añade algunas características propias de los pacientes, como un alto índice de frecuentación y con más problemas de salud crónicos que el resto de pacientes.

Los pacientes “*heartsink*” presentan algunas particularidades respecto al resto de pacientes difíciles como su insatisfacción con los servicios sanitarios, el presentar recursos en los tribunales y el alto grado de queja, en comparación con otros pacientes *HF*s (O’Dowd, 1988).

2.2.3. Clasificación de los de pacientes difíciles

Algunos autores han realizado clasificaciones de los pacientes difíciles teniendo en cuenta el comportamiento del paciente hacia el médico, las emociones y las reacciones negativas que despierta en éste.

Una de las clasificaciones más utilizadas y de la cual derivan clasificaciones posteriores es la realizada por Groves (1978). Este autor distingue al paciente pasivo-dependiente (*dependent clingers*) como un paciente que percibe que necesita ayuda sin límites, por tanto, es un frecuentador asiduo a la consulta médica, provocando aversión en el profesional. Los pacientes del tipo exigente-agresivo (*dentitled demanders*) provocan sentimientos de temor en el profesional y el deseo de contraatacarle. Los manipuladores-masoquistas (*manipulative help-rejecters*) son también grandes

frecuentadores, pero rechazan recibir ayuda argumentando que no hay nada que hacer respecto a su estado de salud. Ello genera culpa y sentimientos de inadecuación en el médico. Por último, los autodestructivos (*self-destructive deniers*) despiertan sentimientos negativos en el profesional a la vez que el paciente “desea morir y acabar de una vez” (“*die and get it over with*” p. 887).

Blay (1996) y Strous et al., (2006) se basan en las categorías establecidas por Groves (1978). El primero añade a las categorías de Groves (1978) el paciente emotivo-seductor, el incumplidor-negador y el somatizador. El emotivo-seductor manipula al médico en el terreno emocional y el incumplidor-negador coincide con el autodestructivo de Groves (1978), puesto que ambos son pacientes que no siguen las recomendaciones médicas. Por último, el somatizador presenta una variedad tanto en los síntomas como en la intensidad de los mismos. A su vez Strous et al., (2006) afirman que los pacientes odiosos generan patrones de respuesta negativa caracterizados por fuertes sentimientos negativos y de desesperación en los profesionales. Según estos autores, el paciente odioso puede ser argumentativo, desconfiado, ansioso o depresivo.

Por su parte, Elder et al., (2006) destacan conductas características del paciente difícil, como comportamientos que califican de enfermos (*stick behaviors*) y demandantes, el “gimotear”, el presentar bajos niveles de locus del control, múltiples quejas somáticas y el ser somatizadores, entre otras particularidades.

Steinmetz y Tabenkin (2001) clasifican a los pacientes difíciles en tres grupos: los que tienen comportamientos problemáticos, los “me duele todo” (“*everything hurts*”) y los que presentan trastornos psiquiátricos. El primer grupo de pacientes se caracteriza por ser violentos, agresivos, manipuladores, demandantes y explotadores de los médicos. Los “me duele todo” son pacientes que acuden a consulta con muchos

problemas, los cuales son repetitivos y extraños. Los pacientes del último grupo padecen problemas psiquiátricos en general como trastornos de somatización y ansiedad. De forma general estos autores consideran que los pacientes difíciles pueden ser descorteses, violentos, agresivos y buscan una ganancia secundaria en su enfermedad.

Levinson et al., (1993), por otra parte, no realizan una clasificación de pacientes difíciles en sí misma, sino que establecen siete situaciones a las que puede enfrentarse el médico al atender a este tipo de paciente, en función de los problemas ocasionados en la comunicación con los mismos y por la frustración que éstos les despiertan. En primer lugar, definen una situación como de “falta de confianza o acuerdo”, cuando el médico no consigue acordar con el paciente, por ejemplo, cuestiones relacionadas con su diagnóstico. También se define esta situación cuando los profesionales sienten que los pacientes no creen en ellos. Otra situación frustrante puede presentarse frente a pacientes “con demasiados problemas” como, por ejemplo, pacientes que acuden a consulta con “un millón de problemas” (p. 288), a la vez que hacen “perder” más tiempo al profesional del que éste hubiera deseado. Por otra parte, estos autores destacan los “sentimientos de angustia” que pueden sentir los profesionales al ver a estos pacientes, como ser el sentirse deprimidos o enojados tras la consulta con éstos. Otra situación que destacan es la “baja adherencia” del paciente, bien porque el paciente no sigue las instrucciones del profesional o bien porque no acepta su parte de responsabilidad respecto a su propia salud. También describen situaciones de “bajo entendimiento” a nivel comunicativo entre el profesional y el paciente. Dicha situación es frustrante para el médico porque no consigue entender lo que el paciente intenta transmitirle. A su vez, los “pacientes demandantes y/o controladores” provocan situaciones frustrantes para el médico, de la misma forma que lo hacen los pacientes con

“problemas especiales” por presentar problemas con el consumo de sustancias adictivas -drogas o alcohol-.

2.3. Perfil y características del paciente Hiperfrecuentador con Síntomas médicamente inexplicables en Atención Primaria

En suma y de acuerdo a lo expuesto previamente, en el grupo de pacientes *HF*s con *SMI* se incluyen habitualmente aquellos que reúnen varias de las siguientes características: trastornos mentales, síntomas psicósomáticos, síntomas severos, baja satisfacción con los servicios sanitarios, problemas sociales, adicciones, psicopatología mayor y personalidad dependiente (Hahn et al., 1994; Jackson y Kroenke, 1999; Sharpe et al., 1994; Sharpe y Nowlis, 1998). Estas características serían las responsables de la alta frecuentación de los mismos en los servicios de Atención Primaria (Gill y Sharpe, 1999).

A partir de la revisión de los términos existentes sobre la hiperfrecuentación y las características sintomatológicas de este tipo de pacientes, en este trabajo y de aquí en adelante se hará referencia a los pacientes *HF*s con *SMI* con el término *HSMI*.

Uno de los objetivos de introducir dicha denominación es el de utilizar un término que aluda a la presencia conjunta de estos dos factores en este tipo de paciente: frecuencia de consultas y tipo de sintomatología, más allá de cómo se les denomine en la literatura sobre el tema. Otro de los objetivos es poder diferenciar entre los pacientes que acuden frecuentemente a consulta, pero con motivos médicamente explicables (por ejemplo, pacientes con enfermedad orgánica crónica), de aquellos que lo hacen con síntomas que no guardan relación con un origen orgánico.

Así, este término incluye, por un lado, a los *HF*s clasificados como tales, independientemente de si el criterio de clasificación es cuantitativo - número de visitas por lapso de tiempo- (Adam, Brandenburg, Lindstrom y Nordstrom, 2010; Guerra y De Anca, 2007; Karlsson, Lehtinen y Joukama, 1994; Kersnik et al., 2001), o cualitativo - de acuerdo a cómo les percibe el profesional- (Sandín y Conde, 2010).

Por otra parte y en cuanto a la etiología de la sintomatología, la misma se distingue en *SME* y *SMI*. La primera alude a pacientes que consultan por enfermedades crónicas o por enfermedades puntuales y/o síntomas con una causa orgánica determinable por el médico. Por ejemplo, el caso de un paciente diabético que acude a control o de un paciente con gripe, ambos pertenecerían a la categoría de pacientes con *SME* dado que padecen de enfermedades físicas que el médico puede identificar, diagnosticar y/o tratar. Los pacientes con *SMI*, en oposición a los *SME*, serán aquellos pacientes que consultan por síntomas físicos, pero que cuyo origen no puede ser identificado por el profesional, y para los que no dispone de un tratamiento médico. Por ejemplo, podrían incluirse en la categoría de pacientes con *SMI* aquellos que acuden por jaquecas provenientes del estrés y en las cuales un tratamiento médico para dicha jaqueca no es efectivo dado que el origen de la misma trasciende lo orgánico.

De esta forma se hará referencia a los pacientes *HSMI* cuando estos presenten la doble característica de hiperfrecuentar y padecer síntomas médicamente inexplicables, reuniendo así las cualidades que presentan ambos aspectos. Además de sus características sobre su frecuentación y etiología de los síntomas, estos pacientes no perciben que utilizan los servicios sanitarios más que otros pacientes y sienten que padecen enfermedades crónicas que necesitan atención especial o frecuente. Sobre su satisfacción con los servicios sanitarios, los resultados de los estudios no son consistentes, encontrando algunos que una proporción de pacientes *HSMI* están

insatisfechos con la atención recibida (Ágreda y Yanguas, 2001; Hahn, Kroenke, Psitzer, Brody, Williams, 1996; Lin, Katon, Von Korff, Busch y Russo, 1991; Page y Wessely, 2003) y, otros, que dichos pacientes están conformes con los cuidados que reciben (Arillo et al., 2006; Hernán, Gutiérrez, Ruiz y Rabadán, 2002; Heywood, Blackie, Cameron y Dowell, 1998; Kersink, et al., 2001; Hodgson, Smith, Brown, Dowrick, 2005). De todas formas, se reconoce que existe una reticencia por parte de los pacientes a expresar opiniones negativas acerca de sus médicos, situación que sesga los datos sobre satisfacción de los pacientes (Mas et al., 2009; Steine et al., 2001).

Además, y como se mencionó previamente, estos pacientes son sometidos a múltiples pruebas diagnósticas y tratamientos costosos e innecesarios al sistema de salud (Margo y Margo, 1994). A su vez, teniendo en cuenta que en los pacientes *HSMI* el origen de sus síntomas se relaciona con aspectos psicosociales, paralelamente a esta iatrogenia clínica originada por las continuas pruebas y tratamientos sin éxito que se les realiza a este tipo de paciente, tiene lugar una iatrogenia social. La misma se desarrolla a partir de que el sistema familiar del paciente y el propio sistema sanitario sostienen el rol de enfermo del mismo, el primero proporcionando los recursos médicos y el segundo, exigiendo una cura y tratamiento médico para el paciente (Page y Wessely, 2003).

En España concretamente, los EMFyC identifican dentro de las características de este tipo de paciente la dificultad de establecer un diagnóstico médico a sus síntomas, el somatizar, el presentar enfermedad psiquiátrica, el preguntar mucho y el acudir fuera de hora, entre otros (Ágreda y Yanguas, 2001). A su vez, consideran que estos pacientes están insatisfechos con los servicios sanitarios en general, que pueden tener más problemas de salud crónicos que otro tipo de pacientes, y que realizan una presentación compleja, inusual y variada de su problemática. Todo esto puede dar origen a la

realización de pruebas diagnósticas e intervenciones innecesarias, las cuales generan un coste al sistema de salud. Simultáneamente, estos pacientes no cumplen con las indicaciones y prescripciones del profesional (Ágreda y Yanguas, 2001; Blay, 1996; Luciano et al., 2010).

Como resultado de estas características, los EMFyC creen que estos pacientes consumen una gran cantidad del tiempo que tienen para atender a sus pacientes y les provocan sensaciones desagradables. Estas sensaciones van desde un simple disgusto o molestia menor, hasta sentimientos negativos más fuertes como frustración, desesperación, tristeza y enojo (Bellón y Fernández, 2002; Wilson, 2005) o malestar y angustia (distress) (O'Dowd, 1988). Por estas razones, los médicos desearían que estos pacientes no volvieran a consultarles.

Con respecto al perfil sociodemográfico de este tipo de paciente, en el capítulo 0 se describirán detalladamente los resultados de las investigaciones sobre las características de los pacientes *HSMI*.

2.3.1. Prevalencia de síntomas médicamente inexplicables entre los pacientes hiperfrecuentadores

En el apartado 2.1.4. se mencionó la prevalencia de la hiperfrecuentación en las consultas de Atención Primaria. A continuación, se presentan los datos disponibles sobre el porcentaje de pacientes con *SMI* entre la población de pacientes *HF*s.

Jyväskylä, Joukamaa, Väisänen, Larivaara, Kivelä y Keinänen-Kiukaanniemi (2001) hallaron que el 28,6 % de los pacientes *HF*s padecen síntomas somatomorfos, síntomas que se incluyen en la categoría *SMI*. Por su parte, Lin et al., (1991) dan cuenta de que un 37% de los pacientes que se identifican como *HF*s y somatizadores son

percibidos como pacientes difíciles. Otros estudios demuestran la existencia de una proporción algo mayor de pacientes con *SMI* dentro del grupo de pacientes *HF*s, como un 56 % (Stewart y O'Dowd (2002) o un 45% (Portegijs, Van der Horst, Proot, Gunther, y Knottnerus, 1996).

En cuanto a la proporción de consultas realizadas por los pacientes con *SMI* en comparación con las realizadas por los *SME*, los primeros consultan al menos el doble de veces que los segundos (Zantinge et al., 2005). Barsky, John y Bates (2005) encontraron la misma proporción de visitas entre pacientes con *SME* y *SMI*, donde estos últimos se correspondían con el 20,5 % de los pacientes *HF*s. Estos autores afirman que la somatización es el motivo más común de la hiperfrecuentación en EMFyC.

Acerca del fenómeno de la hiperfrecuentación por parte de este tipo de paciente en las consultas a los EMFyC, también es alarmante el incremento de la proporción de pacientes que presentan estas características. Estudios longitudinales comprueban que ha habido un aumento de las mismas (Andersson, Lynöe, Hallgren y Nilson, 2004), demostrando que se ha multiplicado por cuatro a lo largo de 5 años (Gill, Dawes, Sharpe y Mayou, 1998).

En España hay poca información acerca de la proporción de pacientes con *SMI* que hiperfrecuentan. García et al., (1998) han hallado que los EMFyC atienden una media de 10,3 somatizadores por semana.

2.4. Consecuencias económicas de la Hiperfrecuentación de pacientes con Síntomas médicamente inexplicables

El fenómeno de la hiperfrecuentación por parte de pacientes con *SMI* provoca un desajuste entre la oferta y la demanda sanitaria debido a que unos pocos pacientes provocan una sangría de recursos económicos y de los profesionales del sistema. Con ello se ha transformado en uno de los mayores problemas a los que se enfrentan los servicios y el personal sanitarios (Guerra y De Anca, 2007), dado que, además de las repercusiones negativas que tiene la atención de los mismos sobre los EMFyC, provocan grandes, y en muchas ocasiones, innecesarios, gastos económicos en el sistema (Luciano et al., 2010, Robles et al., 2009; Rodríguez et al., 2003).

Algunos autores afirman que el consumo de los mismos es entre 6 y 14 veces mayor que el de los pacientes hospitalizados y los ambulatorios respectivamente (Smith et al., 1986). Otros afirman que consumen el doble de recursos que los pacientes control (deGruy et al., 1987). En Atención Primaria en concreto, este tipo de paciente consume entre el 21 y el 67% de los recursos (Gill y Sharpe, 1999; Vedsted, Christensen, Sorensen, Fink y Olesen, 2002; Vedsted y Olesen, 2005).

De forma general, se estima que el porcentaje de insumos socio-económicos que consume este colectivo implica que entre un 5 y un 15% de la población utiliza entre el 20% y 40% de los servicios (Jyväsjärvim Joukamaa, Väisänen, Larivaara, Kivelä, Keinänen-Kiukaanniemi, 2001). Otros autores afirman que el 20 % de los pacientes consumen entre un 50 y un 80% del total de recursos de atención de salud (Ash, Zhao, Ellis, y Schlein Kramer, 2001). A su vez, se comprueba que estos pacientes generan el

doble de gastos a nivel social que el producido por el paciente promedio del sistema de salud (Hiller et al., 2001).

A su vez en Israel, Matalon, Nahmani, Rabin, Maoz, y Hart (2002) hallaron que los gastos ocasionados por pacientes con las características mencionadas podrían disminuirse en 1161 dólares por persona -de los 4035 dólares que cuesta actualmente- si se realizaran intervenciones apropiadas para modificar el comportamiento enfermo de estos pacientes.

En Europa, en Reino Unido concretamente, Bermingham, Cohen, Hague y Parsonage (2010) reportan un incremento del gasto sanitario de 3 billones de libras esterlinas a causa de estos pacientes. Puntualmente en España, el coste de cada consulta en Atención Primaria es de 14,78 euros. Ello deriva en un gasto un gasto sanitario total producto de la hiperfrecuentación de casi 500 millones de euros (Carrillo, Cervera, Gil y Rueda; 2010).

La alta frecuentación de algunos pacientes, repercute negativamente sobre sistema sanitario en general, poniendo en riesgo a su vez la sostenibilidad del mismo. Si bien esta afirmación está presente en la mayoría de los trabajos sobre este tema, existen pocos datos en cuanto a los costes específicos de la hiperfrecuentación de este tipo de paciente en España.

De esta forma y en un contexto de crisis nacional como el actual, se vuelve evidente la necesidad de otorgar soluciones que amortigüen los efectos negativos de este fenómeno. En este trabajo en concreto se pretende abordar las repercusiones del mismo sobre el EMFyC.

CAPÍTULO 3

3. Características del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria que dificultan la Relación médico- Paciente Hiperfrecuentador con Síntomas Médicamente Inexplicables

La mayoría de las investigaciones sobre los factores relacionados con la hiperfrecuentación de los pacientes con *SMI*, y con su impacto en la salud del EMFyC se centran, fundamentalmente, en dos tipos de variables. Por un lado, las relacionadas a características sociodemográficas y problemas de salud del paciente para establecer un perfil asociado al mismo. Por otro lado, a particularidades del profesional, como sus características personales y sociodemográficas y de su entorno laboral, las cuales inciden en su percepción sobre las particularidades de frecuentación y tipo de síntomas del paciente y configuran la relación que establece con el mismo. Por último, otro grupo de estudios analizan el impacto de las variables de ambos, paciente y del profesional, sobre el bienestar y el desempeño de este último. Considerando que la atención a pacientes *HSMI* es una circunstancia que afecta negativamente el bienestar y la eficacia del profesional, estos últimos estudios se expondrán detalladamente en el capítulo 0, una vez presentados los modelos de estrés que se contrastarán empíricamente en este trabajo.

En este capítulo, se abordan en primer lugar los distintos trabajos que establecen un perfil de los pacientes *HSMI* asociado a su autopercepción de la hiperfrecuentación y sus características sociodemográficas y de salud.

Seguidamente se exponen las particularidades de los médicos que inciden en su relación con los pacientes *HSMI*. En este sentido, se considera que el estudio de dichas características se incluye dentro de los denominados “encuentros difíciles” (*difficult encounters*) (An et al., 2009; Breen y Greenberg, 2010; De Marco et al., 2005, Steinmetz y Tabenkin, 2001), los cuales abordan tanto las características de frecuentación y tipo de síntomas del paciente *HSMI*, como las particularidades del médico que afectan a la relación entre ambos. Algunos autores, para reflejar la implicación de las características de profesional, paciente *HSMI* y relación entre ambos, llaman “tríadas” a este tipo de encuentro (Corney et al., 1988).

Para finalizar este capítulo, se mencionarán las clasificaciones más representativas de los encuentros difíciles.

3.1. Trabajos centrados en las Características del paciente

Según los resultados previos, la explicación que los médicos dan acerca de su frustración en el encuentro con los pacientes *HSMI* se centra más en las características del paciente, al que atribuyen el 50 % de su malestar, mientras que sólo atribuyen un 20 % a sus propias características (Levinson et al., 1993; Mathers et al., 1995).

Una parte importante de la investigación relacionada a pacientes *HSMI* se centra en el estudio de las características intrínsecas a este tipo de paciente a fin de establecer qué elementos o cualidades de éstos guardan relación con la alta frecuentación y tipo de síntomas por los que consultan.

Algunos de estos trabajos pretenden, desde un enfoque cualitativo, comprender el comportamiento de estos pacientes a partir de las explicaciones que los mismos dan a

sus conductas de hiperfrecuentación (Arillo et al., 2006; Guerra y De Anca, 2007; Hodgson, Smith, Brown, Dowrick, 2005; Neal, Heywood y Morley 2000).

Otra categoría de estudios se centra en la búsqueda de las características sociodemográficas del paciente (Bellón, Delgado, Luna, Lardelli, 1999; Robles et al., 2009; Savageau, McLoughlin, Ursan, Bai, Collins y Cashman, 2006; Vedsted y Christensen, 2005).

Un tercer grupo de trabajos incluye el abordaje de aspectos biopsicosociales del paciente *HSMI*, analizando su salud física, sus características psicológicas y sociales (Baez, Aiarzaguena, Grandes, Pedrero, Aranguren y Retolaza, 1998; Karlsson, Letinen, Joukamaa, 1995; Gill y Sharpe, 1999; Kersink, et al., 2001; Margo y Margo 1994; Ortega et al., 2004; Portegijs et al., 1996; Williams, Guthrie, Mackway-Jones, Mames, Tomenson, Eastham y McNally, 2001).

A continuación se presentan los principales resultados para cada uno de estos grupos de estudios. Tal y como se explicitó previamente, las investigaciones sobre la hiperfrecuentación centradas en establecer tanto las causas de la misma, como las características inherentes a este tipo de paciente y los efectos de la atención a los mismos sobre el bienestar del profesional, concluyen, en su amplia mayoría, que en los pacientes *HF*s coexiste la dificultad de encontrar un origen orgánico a sus síntomas. Así, en los estudios que se exponen a continuación, si bien se alude y analiza a pacientes denominados *HF*s, los resultados de dichos estudios certifican la presencia de *SMI* en estos pacientes, motivo por el cual serán denominados como pacientes *HSMI*.

3.1.1. Autopercepción de la conducta hiperfrecuentadora en los pacientes hiperfrecuentadores con síntomas médicamente inexplicables

Existe un grupo de estudios cualitativos que exploran la percepción que los pacientes *HSMI* tienen de su frecuencia de consultas (Hodgson, Smith, Brown, Dowrick, 2005). Además, exploran las actitudes y expectativas de los mismos sobre el EMFyC (Ariño et al., 2006; Hodgson, et al., 2005) y sus motivos para acudir a consulta (Guerra y De Anca, 2007; Neal, Heywood y Morley 2000).

Los resultados arrojados reflejan una falta de conciencia o de reconocimiento por parte de estos pacientes de su condición de *HF*s (Ariño et al., 2006; Heywood, Blackie, Cameron y Dowell, 1998; Hodgson et al., 2005). Los mismos se perciben como pacientes que necesitan atención médica frecuente a raíz de la complejidad o gravedad de su enfermedad (Alameda y Pazos, 2009). De esta forma, acuden asiduamente a la consulta médica buscando un reconocimiento y una legitimación de su sintomatología (Hodgson, et al., 2005) a través de un diagnóstico para la etiología de la misma.

Esta falta de conciencia acerca del alto índice de frecuentación por parte del paciente está relacionado con el supuesto expuesto por algunos autores respecto a que la hiperfrecuentación es una categoría construida por y para los profesionales sanitarios (Alameda y Pazos, 2009). En relación con lo mencionado en el párrafo anterior, el paciente catalogado como hiperfrecuentador no percibirá que efectúa un uso irregular de los servicios de salud, dado que, según su criterio, esas consultas están justificadas y avaladas por la gravedad de su enfermedad y/o por la imposibilidad de establecer el origen de la misma.

3.1.2. Características sociodemográficas de los pacientes hiperfrecuentadores con síntomas médicamente inexplicables

El segundo bloque de estudios analiza los distintos factores que caracterizan a estos pacientes desde el punto de vista sociodemográfico.

Respecto a la edad en los pacientes *HSMI*, la mayoría de los trabajos han documentado una incidencia de la misma, de forma que este tipo de paciente suele ser mayor de 50 años (Bellón, Delgado, Luna, Lardelli, 1999; Cevenini, De Ronchi, Quartesan y Berardi, 2006; Karlsson, Joukamaa, Lahti, Lehtinen y Kokki-Saarinen, 1997; Karlsson, Letinen, Joukamaa, 1994; Office of Population Censuses and Surveys; Robles et al., 2009; Rodríguez et al., 2003; Savageau et al., 2006; Vedsted y Christensen, 2005; Zantinge et al., 2005).

Si bien la mayoría de los estudios confirman un aumento de la edad en pacientes *HSMI*, los resultados no son totalmente consistentes. Portegijs et al., (1996) no encontraron relación con la edad y Kersink, et al., (2001) dan cuenta de una proporción muy alta de pacientes jóvenes en la población hiperfrecuentadora.

En cuanto a la incidencia del sexo en los pacientes *HSMI*, los datos tampoco son totalmente consistentes (Savageau et al., 2006; Al-Othman et al., 2008 y Robles et al., 2009), aunque la mayoría de los autores encuentran que el ser mujer es un factor que se relaciona positivamente con el perfil de este tipo de paciente (Andersson, Mattsson y Lynoe, 1995; Bellón, Delgado, Luna, Lardelli 1999; Gill, Sharpe y Mayou, 1998; Karlsson, Joukamaa, Lahti, Lehtinen y Kokki-Saarinen, 1997; Office of Population Censuses and Surveys; Portegijs et al., 1996; Rodríguez, Cebriá, Corbella, Segura, Sobreques, 2003; Vedsted y Christensen, 2005; Zantinge et al., 2005).

Algunos autores explican que el predominio del sexo femenino en la población de pacientes *HSMI* se debe al hecho de que las mujeres presentan mayores preocupaciones por su propia salud y también por la de su familia (Arillo et al., 2006). Además, en general las mujeres tienen una peor percepción de su salud que los hombres (Kersink, et al., 2001; Ortega et al, 2004), una menor inclinación a ignorar sus síntomas (Robinson, 1986) y una percepción de apoyo social bajo (Guerra y De Anca, 2007). Todo ello refuerza el mantenimiento de una conducta hiperfrecuentadora en las mujeres, cuyas consultas, guardan relación con una preocupación por su salud que no siempre se relaciona con un origen médico. En cuanto a los hombres, los factores vinculados a la hiperfrecuentación están relacionados con su actividad laboral y para mantener bajas laborales (Sandín y Conde, 2010), y con hábitos de vida poco saludables que no siguen las recomendaciones del médico (Arillo et al., 2006).

Respecto al nivel educativo de este tipo de pacientes, de forma general, los trabajos coinciden en que poseer un bajo nivel de formación se relaciona positivamente con la conducta hiperfrecuentadora de los pacientes con *SMI* (Bellón, Delgado, Luna, Lardelli, 1999; Karlsson, Lehtinen y Joukamaa, 1994; Karlsson, Joukamaa, Lahti, Lehtinen y Kokki-Saarinen, 1997; Kersink, et al., 2001; Robles et al., 2009).

En cuanto al nivel socioeconómico, se encontró una mayor prevalencia de un nivel socioeconómico bajo en pacientes *HSMI* (Neal et al., 2002; Portegijs et al., 1996; Scaife, Gill, Heywood y Neal, 2000; Smucker et al., 2001).

Respecto a la situación laboral de los pacientes *HSMI*, la falta de actividad laboral se relaciona positivamente con este tipo de pacientes, tanto por el hecho de no tener un trabajo remunerado o por estar desempleado, como por ser ama de casa o estar jubilado (Robles et al., 2009; Rodríguez et al., 2003; Zantinge et al., 2005).

En relación al estado civil de los pacientes *HSMI*, si bien los datos no son totalmente consistentes (Savageau et al., 2006), se encuentra un predominio de personas sin pareja los cuales generalmente son divorciados, viudos o solteros (Báez et al., 1998; Browne, et al., 1982; Scaife, Gill, Heywood y Neal, 2000).

3.1.3. Características de la salud de los pacientes hiperfrecuentadores con síntomas médicamente inexplicables

El último grupo de trabajos en cuanto a las características inherentes a los pacientes *HSMI* se centra en el estudio de otras características de salud del paciente.

En cuanto al padecimiento de enfermedades crónicas en los pacientes *HSMI*, algunas investigaciones han concluido que, además de presentar *SMI*, algunos pacientes también padecen enfermedades físicas crónicas, como por ejemplo, la diabetes, la hipertensión o el asma (Bellón, Delgado, Luna, Lardelli, 1999; Dowrick, Bellón y Gómez, 2000; Karlsson, Joukamaa, Lahti, Lehtinen y Kokki-Saarinen, 1997; Jyväskylä, Joukamaa, Väisänen, Larivaara, Kivelä, Keinänen-Kiukaanniemi, 2001; Ortega et al., 2004; Robles et al., 2009 Rodríguez et al., 2003; Savageau et al., 2006; Vedsted y Christensen, 2005).

Los pacientes *HSMI* también pueden padecer enfermedades orgánicas o problemas de salud física en general, acompañando a sus *SMI* (Browne et al., 1982; Gill y Sharpe, 1999; Karlsson, Letinen, Joukamaa, 1995; Vedsted, Christensen, 2005; Westhead et al., 1985). Como se explicó en el capítulo 2, en este tipo de pacientes pueden coexistir diferentes problemáticas de salud, incluidas las enfermedades orgánicas.

Otro grupo de trabajos se centra las variables psicosociales asociadas a pacientes *HSMI*. Dentro de estas variables, la ansiedad y la depresión están presentes en mayor

medida en este tipo de pacientes (Baez, Aiarzaguena, Grandes, Pedrero, Aranguren y Retolaza, 1998; Karlsson, Letinen, Joukamaa, 1995; Katon et al, 1992; Katzelnick et al., 2000; Kersink, et al., 2001; Kolk et al., 2004; Margo, 1994; Ortega et al., 2004; Portegijs et al., 1996; Robles et al., 2009, Rodríguez et al., 2003; Savageau et al., 2006; Williams, Guthrie, Mackway-Jones, Mames, Tomenson, Eastham y McNally, 2001). Sin embargo algunos autores afirman que la hiperfrecuentación no tiene por qué asociarse necesariamente con ansiedad o depresión (Page y Wessely, 2003).

Además del predominio de la ansiedad y la depresión en este tipo de paciente, también se ha demostrado la incidencia de la hipocondría, la alexitimia y el malestar psicológico en los mismos (Jyväsjarvi et al., 2001).

En cuanto a las enfermedades psiquiátricas, los pacientes *HSMI* presentan un diagnóstico psiquiátrico con mayor frecuencia que otros pacientes (Bellón, Delgado, Luna, Lardelli, 1999; Gill y Sharpe, 1999; Jyväsjarvi et al., 2001; Karlsson, Joukamaa, Lahti, Lehtinen y Kokki-Saarinen, 1997; Robles et al., 2009; Rodríguez et al., 2003; Svab et al., 1993). No obstante, algunos pacientes con *SMI* no tienen desórdenes psiquiátricos diagnosticados, y se considera que la indeterminación sintomática que padecen se relaciona con cambios patológicos menores, percepciones fisiológicas y otros factores como la experiencias previa de enfermedad (Mayou y Sharpe, 1995).

Respecto a los rasgos o características de personalidad de este tipo de pacientes, se ha encontrado una prevalencia de rasgos de personalidad esquizoides y/o compulsivos y/o dependientes (Rodríguez et al., 2003). También presentan una alta predisposición a padecer neurosis, medida con el factor N en el cuestionario de personalidad de Eysenck, y neurosis afectiva (Westhead, 1985).

Para finalizar este apartado acerca de las características que predominan en los pacientes *HSMI*, es interesante destacar el estudio realizado por Rivera et al., (2000) en España, quienes investigan algunos de los aspectos mencionados en pacientes que no utilizan las consultas de Atención Primaria en el intervalo de un año. En comparación entre algunas características sociodemográficas y de salud de los *NFs* y los *HF*s, hallaron que los primeros estaban representados por una menor proporción de mujeres, más jóvenes y con menos problemas de salud crónicos.

3.2. Características del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria que constituyen los Encuentros difíciles frente a pacientes Hiperfrecuentadores con Síntomas médicamente inexplicables

Hasta el momento, se han mencionado las investigaciones que describen diferentes características asociadas a los pacientes *HSMI*. Como se expuso en el capítulo 0, a este tipo de paciente se le conoce también como paciente difícil, pero existen también los denominados médicos difíciles (*difficult doctors*) o profesionales difíciles (Krebs et al., 2006; Serour et al., 2009), de forma que el paciente difícil tiene su homólogo en este tipo de médico (Staley, 1991).

Algunas de las características que presentan los denominados médicos difíciles tienen que ver con ignorar, castigar o abandonar a sus pacientes. También el no informar adecuadamente al paciente, ser autoritario, poco asertivo, no respetar la opinión del paciente o tener un “contacto humano” de peor calidad (Mas et al., 2009) forman parte del perfil del profesional difícil.

De la interacción del paciente *HSMI* con médicos que presentan características que potencian los efectos negativos de la interacción con este tipo de paciente, surge el concepto de los denominados “encuentros difíciles”. Los mismos introducen una

perspectiva relacional del fenómeno y no se centran en las características particulares de médico y paciente de forma aislada (An et al., 2009; Breen y Greenberg, 2010; De Marco et al., 2005; Mas et al., 2009; Steinmetz y Tabenkin, 2001). Desde esta perspectiva, las características de médico y paciente de forma conjunta inciden en la relación que se establece entre ambos y en las consecuencias de la misma también para ambos. Así, la “dificultad” que tienen los médicos en su relación con los pacientes *HSMI* no deriva solamente de las características de este último, sino del comportamiento del profesional en función de sus características, las cuales potencian la dificultad que implica para el médico la relación con aquellos.

En el siguiente apartado se describen los aspectos del profesional que inciden en cómo percibe a los pacientes *HSMI* a partir de sus propias características, y en cómo eso afecta la relación entre ambos, dando lugar a un encuentro difícil. Se comenzará mencionando la importancia de la dimensión de la relación médico-paciente en la consulta médica. A continuación, se describen los trabajos centrados en aquellas características del médico, -percepción de los pacientes, características personales, sociodemográficas y del entorno laboral del mismo- que repercuten de forma negativa en su relación con los pacientes *HSMI*. Por último, se expondrán algunas de las clasificaciones sobre los denominados encuentros difíciles.

Las consecuencias para el bienestar y el desempeño profesional del EMFyC derivadas de estos encuentros difíciles representados por la relación de los médicos y los pacientes *HSMI* se describirán en el capítulo 0. En dicho capítulo se describen las fuentes de estrés de los EMFyC, dentro de las cuales se incluye la atención a pacientes *HSMI*, y por tanto, se analizan allí las consecuencias de esta relación para el profesional.

3.2.1. La relación médico-paciente en la consulta médica

En la relación médico-paciente se establecen procesos de interacción y comunicación interpersonales (Bales, 1950) en los cuales se intercambia no solo información vinculada a la consulta y a las cuestiones médicas, sino que también se desencadenan procesos emocionales en ambos actores, los cuales emergen en las dimensiones verbal y no verbal (Roter y Hall, 1989). De las características de la relación que se establece entre ambos se derivan consecuencias vinculadas al cumplimiento de expectativas depositadas en dicha relación, tanto por parte del paciente como del médico.

El acto de consultar al médico en sí mismo puede generar en el paciente un efecto placebo (*placebo effect*) y aliviar el malestar con el que el paciente acude a la consulta. Así, ésta tendría en sí misma un efecto terapéutico (Di Blasi, Harkness, Ernst, Georgiou y Kleijnen, 2001), pudiendo tener efectos positivos para resolver la problemática de salud del paciente (por ejemplo, en cuanto a la adherencia al tratamiento que le prescribe el médico) (Turner, Deyo, Loeser, Von Korff y Fordyce, 1994).

El paciente asiste a la consulta médica con distintas expectativas. Por un lado, acude para resolver la enfermedad que le aqueja, buscando un diagnóstico y tratamiento adecuados que alivien su malestar físico. Por otro lado, también lleva consigo a la consulta necesidades de tipo afectivo relacionadas con sentimientos negativos, ansiedad y temor vinculados a su enfermedad orgánica. De esta forma, el profesional intenta cumplir el doble desafío de otorgar una cura al paciente respondiendo tanto a nivel médico, por ejemplo, proporcionando un tratamiento adecuado para la enfermedad del paciente, como a nivel interpersonal intentando reducir esas amenazas sentidas por el paciente a raíz de su enfermedad.

Según las características de los pacientes *HSMI* mencionadas en el capítulo 2, se puede afirmar que en dichos pacientes se torna aún más evidente esta doble cualidad que buscan resolver en la consulta con el EMFyC puesto que los mismos acuden por síntomas físicos provenientes de causas psicosociales.

3.2.2. Características del médico relacionadas con la percepción y la relación con los pacientes hiperfrecuentadores con síntomas médicamente inexplicables

En general, los propios profesionales son conscientes de que sus características particulares influyen sobre la percepción que tienen acerca de un paciente y la consecuente relación que se genera entre ambos (Steinmetz y Tabenkin, 2001). Este hecho se ha visto potenciado por el desarrollo de modelos de atención médica – centrados en la persona y centrados en la relación- que enfatizan la contribución del médico a la calidad de la relación con el paciente (Staley, 1991). No obstante, la mayoría de los trabajos que estudian el fenómeno de la hiperfrecuentación de pacientes con *SMI* se centran en la descripción de las características de éstos y no se ocupan, o lo hacen en una menor medida, de explorar qué características de los EMFyC influyen en la percepción e interacción con ellos, y en cómo éstos elementos repercuten a su vez sobre el bienestar del profesional y la satisfacción del paciente (Elder et al., 2006; Salmon, Wissow, Carroll, Ring, Humphris y Davies, 2007).

Como se verá a continuación, algunas de las particularidades del EMFyC que inciden de forma negativa en la relación médico-paciente *HSMI*, y se traducen en una dificultad en el manejo de la situación de consulta por parte del profesional, se originan en variables personales, sociodemográficas y del entorno laboral de los EMFyC, las

cuales inciden sobre la percepción, clasificación y relación que se establece con los pacientes.

3.2.2.1. Características personales del médico relevantes para la clasificación y relación con pacientes hiperfrecuentadores con síntomas médicamente inexplicables

Se considera que la clasificación que realiza el profesional acerca del tipo de paciente afecta a su relación con el mismo, hecho que a su vez tiene consecuencias sobre el paciente y sobre el propio médico (An et al., 2009; Al-Othman et al., 2008; Salmon et al., 2005; Sandín y Conde, 2010). En el proceso de clasificación de un paciente como de un tipo u otro inciden tanto las valoraciones subjetivas del médico hacia aquel, como aspectos vinculados a sus habilidades de comunicación y el estilo de médico, para poder empatizar con el paciente.

En cuanto a las valoraciones subjetivas del médico hacia el paciente, según las propias palabras de los profesionales, algunos pacientes generan “rechazo” y otros “cercanía”, sentimientos que conducen al profesional a clasificarle como hiperfrecuentador o no, respectivamente. Si bien no existe unanimidad en cuanto a qué aspectos son más relevantes desde este criterio tan personal y subjetivo de clasificación, las características más destacadas por los EMFyC de Atención Primaria para clasificar a un paciente como hiperfrecuentador derivan de la gran carga que estos pacientes suponen para dichos profesionales, la cual se basa en el tipo de síntomas del paciente, e incluye a su vez las características médicas (enfermedades crónicas) y personales (problemas psicosociales o laborales) del mismo (Sandín y Conde, 2010).

De esta forma, la clasificación del tipo de paciente efectuada por el médico, por ejemplo, hiperfrecuentador, está supeditada a la subjetividad del mismo en función de

su interpretación sobre lo ocurrido en la consulta con un paciente en particular. En consonancia con lo especificado en el apartado 2.1.1, acerca de los criterios para definir a un paciente como hiperfrecuentador desde una perspectiva cualitativa, para los profesionales de Atención Primaria, la clasificación de un paciente bajo este rótulo es un hecho que no depende solamente del número de veces que ha asistido a consulta, sino de lo acontecido durante la visita.

Esta categorización que el médico hace sobre el paciente repercute en el trato que brinda al paciente e, indirectamente, en los resultados sanitarios y relacionales (por ejemplo, que el paciente siga las indicaciones del médico, que confíe en el médico, etc.) y en su actuación profesional.

Además de la valoración subjetiva que el médico realiza sobre características del paciente -la cual deriva en una clasificación u otra del mismo- existen aspectos personales relacionados a las habilidades del profesional para comunicarse con el paciente y que inciden en la percepción que este tendrá sobre el paciente que atiende.

El hecho de que el profesional carezca de actitudes o de habilidades para abordar los problemas psicosociales de los pacientes (Jackson y Kroenke, 1999) se relaciona con una mayor proclividad a percibir a los pacientes como difíciles. En este sentido, los médicos que cuentan con buenas habilidades comunicacionales para desarrollar empatía y tolerancia hacia el paciente, a la vez que le escuchan sin juzgarle, es probable que conciban en una menor medida a pacientes como difíciles o *HSMI* (Steinmetz y Tabenkin, 2001).

Las habilidades del médico afectan directamente el manejo de las demandas del paciente debido a que esas competencias comunicacionales son un recurso fundamental en su práctica profesional (Lee et al., 2010), pudiendo influir positivamente en la

relación médico-paciente (Haas et al., 2005). Algunos autores han comprobado que los médicos que poseen mejores habilidades de comunicación manejan mejor las relaciones interpersonales, incluidas las relaciones con pacientes *HSMI* (Al-Othman et al., 2008).

Dada la repercusión de estas habilidades comunicacionales del médico en la relación médico-paciente, algunos trabajos hacen hincapié en la necesidad de formación específica de los profesionales en técnicas de comunicación para mejorar el abordaje de pacientes *HSMI* y disminuir los efectos negativos de la relación entre ambos (Mathers et al., 1995; Serour et al., 2009). Los médicos reconocen que este tipo de paciente debe ser tratado en un nivel primario de atención, pero que ellos como profesionales, carecen de las herramientas necesarias para satisfacer las demandas de estos pacientes (García et al., 1998), por lo que una capacitación para un mejor afrontamiento de la relación con los mismos conduciría a la disminución de su dificultad y a la mejora de su calidad.

Estrechamente vinculado a las habilidades comunicacionales del médico, está la capacidad de éste para empatizar con las necesidades del paciente como un hecho que afecta de forma positiva a la relación entre ambos (Elder et al., 2006). Así, los médicos que tienen una mejor capacidad para ponerse en el lugar del otro consiguen una mejor relación con los pacientes en general y también con el *HSMI*.

En la misma línea, algunos trabajos cualitativos hacen hincapié en la importancia que tiene la percepción del paciente sobre la empatía del médico y de la atención que éste le brinda para evaluar la calidad de la relación (Horvath, 2001). Esto se debe a que los pacientes valoran la escucha activa por parte del profesional y la complicidad que éste les ofrece, de manera que la consulta se percibe como un espacio emocionalmente seguro para ellos (Arillo et al., 2006). De esta forma, la empatía por parte del profesional repercute positivamente en la relación con el paciente mejorando la

retroalimentación entre ambos, hecho que deriva, a su vez, en un deseo de perpetuar dicha relación (Halpern, 2007).

Existe, por tanto, una estrecha relación entre la capacidad del médico para conseguir un *feedback* adecuado con el paciente y el incremento de su empatía con él, todo lo cual deriva en a una mejor relación con el mismo (Platt y Gordon, 2004; Salgado, 2008; Vanderford et al., 2001). Por ello, las habilidades del médico para comunicarse y comprender al paciente, repercuten en la calidad de la atención y facilitan la relación médico-paciente (Arillo et al., 2006; Hodgson, Smith, Brown y Dowrick, 2005).

Otro de los factores que inciden sobre la relación del médico con los pacientes *HSMI* es la orientación que recibe el primero durante su formación y socialización como profesional acerca de la definición de salud y enfermedad y sobre el papel terapéutico de la relación con el paciente. Dicha formación se traduce en el estilo de médico que adopta el profesional para abordar a sus pacientes.

El estilo de médico está directamente vinculado a la modalidad de comunicación que establece con el paciente. Así dicho estilo se define según se centre en aspectos biomédicos o psicosociales del paciente y a su vez, o en el paciente o el médico (Flocke, Miller, Crabtree, 2002). En este sentido, el estilo de médico es una herramienta fundamental en su trabajo dado que le permite un mejor o peor abordaje de la problemática de los pacientes e influye en la satisfacción de éstos últimos hacia la atención que reciben del profesional (Flocke et al., 2002).

Algunos autores afirman que, actualmente, la formación de los médicos responde a un paradigma o modelo biomédico (Wilson, 2005; Pérez-López, 2011). El mismo se basa en la teoría de la enfermedad y es producto del método científico moderno de los

siglos XVII y XVIII (Wilson, 2005). En dicha formación, los profesionales reciben pautas para resolver problemas físicos u orgánicos causados por diversos agentes, como por ejemplo un virus, parásito o bacteria, basándose así en la teoría de la enfermedad (Pérez-López, 2011). Bajo este supuesto, existe de forma implícita, una separación arbitraria del “cuerpo” y la “mente”, donde se concibe a la enfermedad independientemente de los individuos que la padecen, persiguiendo el objetivo de que ésta “desaparezca”, lo cual es un signo de eficacia del profesional. De esta forma, desde su capacitación profesional se transmite al médico que, para ser científico, debe establecer una distancia emocional con el paciente buscando concluir en un buen diagnóstico y tratamiento médicos para resolver los síntomas físicos o enfermedad orgánica que éste trae a consulta. Paralelamente, el paciente se comporta pasivamente frente a su problema y deja la resolución del mismo en manos del profesional (Wilson, 2005).

A pesar de la aparición del modelo psicosocial desde hace algo más de 20 años (Engel, 1977) o modelos centrados en el paciente (Stewart, 1995), para algunos autores aún predomina el modelo biomédico (Wilson, 2005) y por ello los profesionales se sienten ineficaces cuando no pueden responder al síntoma del paciente con un diagnóstico médico adecuado y proporcionar un tratamiento acorde (Hahn, 2001).

Esta formación biomédica del profesional hace que los pacientes *HSMI* rompan con sus expectativas en el sentido de que no esperan encontrarse con pacientes que acuden frecuentemente a la consulta sin obtener un beneficio médico, con pacientes que parecen no querer recuperarse y que se centran sobre temas que aparentemente no guardan relación con la atención médica que el profesional le puede proporcionar (Haas et al., 2005). De esta forma, frente a pacientes *HSMI*, los médicos recurren a estilos menos centrados en el paciente, lo cual va en detrimento de la atención sanitaria que el

profesional otorga a dicho paciente (Epstein et al., 2006) y en su eficacia profesional. En este sentido, la utilización de un estilo de médico que apunta a una comprensión de la realidad clínica y no la subjetiva del paciente acaba por dificultar la relación entre ambos.

Dentro de los estudios acerca del estilo del médico, también se ha encontrado que éste último puede incidir en perpetuar el comportamiento hiperfrecuentador de este tipo de paciente, de forma que el patrón de respuesta del médico frente a este tipo de paciente genera una dependencia relacional (Seaburn, Morse, McDaniel, Beckman, Silberman y Epstein, 2004). Hay médicos con una alta complicidad hacia sus pacientes (*high partner*) los cuales se caracterizan por demostrar una mayor respuesta hacia ellos, muestran su preocupación por la problemática y circunstancias del paciente al que solicitan, a su vez, su propia perspectiva del problema. Por otro lado, existe otro tipo de médico denominado de cuidado común (*usual care*) que niega la ambigüedad o complejidad del paciente, no incluye la perspectiva u opinión de los pacientes sobre sus síntomas y se comportan hacia los mismos de manera directiva. En este sentido, los médicos que dedican tiempo a escuchar a los pacientes y prestan especial atención a sus problemáticas particulares (Neal, Morley y Heywood, 1998) fomentan la hiperfrecuentación de los pacientes que esperan este tipo de cualidades en sus médicos. Como consecuencia de ello, estos médicos atienden a una mayor cantidad de pacientes *HF*s en sus consultas en comparación con otros médicos (Neal, Heywood y Morley, 2000a).

Según los datos mencionados en el párrafo anterior, no está claro aún por qué la cantidad de *HF*s que atienden los médicos difiere entre dichos profesionales y a su vez, qué hacen para mantener a este tipo de paciente en su consulta sin otorgar una solución a la problemática de los mismos. A su vez, estos resultados contradicen lo expuesto

previamente en cuanto a la importancia de la necesidad de una comprensión del paciente más allá de su problemática médica.

En función de lo expuesto acerca de la formación y estilo de médico se concluye que los resultados no son claros respecto a cuál es el estilo que favorece la relación con este tipo de paciente. No obstante, es una característica que puede afectar a la relación con los pacientes *HSMI* debido a que incide en cómo aborda el médico a los pacientes, pudiendo transformarse en un elemento obstaculizador en ocasiones en las cuales no consigue comprender al paciente más allá de la realidad médica (Jackson y Kroenke, 1999) o puede ser un elemento que perpetúe la frecuentación de dichos pacientes cuando responde a las necesidades atencionales de los mismos (Neal et al. 2000a).

Otro aspecto que influye sobre la relación médico-paciente *HSMI*, y que se relaciona estrechamente con la formación y el estilo de médico, es la intolerancia hacia la incertidumbre médica (*medical uncertainty*) (Schwenk, Thomas, Marquez, Lefever, Dale y Cohen, 1989).

La incertidumbre médica se deriva de los síntomas vagos y difíciles de describir que este tipo de paciente trae a la consulta. Esta incertidumbre amenaza la identidad del profesional, ubicándolo en la dicotomía signo-síntoma (Alameda y Pazos, 2009). En este sentido, las características sintomatológicas del paciente se transforman en un problema para el médico (Dowrick, 2010) puesto que para éste los síntomas son el foco fisiopatológico a resolver (Hahn, 2001). A su vez, el profesional tiene una opinión definitiva sobre lo “medicamente apropiado” (Greiner, 2000), opinión que generalmente es opuesta a las demandas de este tipo de paciente. Por ello, la incertidumbre del médico frente a la etiología de este último desemboca en culpabilizar al paciente, aunque sea de

forma inintencionada, de su imposibilidad para resolver los síntomas de éste (Wilson, 2005).

De acuerdo a lo expuesto en este apartado, la percepción del tipo de paciente, como por ejemplo, paciente “difícil” (*HSMI*), se conceptualiza en la relación problemática entre un médico con su paciente y viceversa (Staley, 1991). Un ejemplo de ello es el que los pacientes que son difíciles para un médico, no tienen por qué serlo para otro (Gerrard y Riddell, 1988). La “dificultad” no hace hincapié en características del usuario exclusivamente, sino que está vinculada también con ciertas características del profesional que repercutirán en la interpretación y consecuente clasificación del comportamiento del paciente a partir de algunas particularidades del mismo (Blay, 1996; Sandín y Conde, 2010).

Así, cualquiera de las circunstancias descritas en este apartado reflejan la relevancia que tiene el cómo el médico concibe al paciente en función de las características de éste último y de la relación que establece con el mismo de acuerdo a esa situación. Desde esta perspectiva, el hecho de clasificar a un paciente como de un tipo u otro se transforma en una declaración administrativa y de gestión de ese paciente (Von Mering y Early, 1966), en un proceso de deshumanización del mismo que afecta el cuidado y atención que el médico le ofrece a causa de esa etiquetación (John, Schwenk, Roi y Cohen, 1987).

3.2.2.2. Características sociodemográficas del médico que influyen sobre la relación con el paciente hiperfrecuentador con síntomas médicamente inexplicables

Otro tipo de variables del médico que afectan la relación médico-paciente *HSMI* son las sociodemográficas como el sexo, la edad y la antigüedad laboral del profesional. Como

se verá a continuación, el abordaje y evidencia sobre la influencia de estas características del médico es mucho menor que la existente sobre dichas características en el paciente *HSMI*.

En cuanto al sexo del médico, algunos trabajos dan cuenta que el ser mujer influye negativamente en la consulta con pacientes *HSMI* puesto que las mujeres médicos perciben mayores dificultades en las consultas con pacientes con estas características (An et al., 2009; Krebs et al., 2006). Por su parte y respecto a cómo incide el sexo del médico sobre la satisfacción del paciente *HSMI*, los datos no son consistentes en cuanto a la preferencia por médicos mujeres u hombres (Kersink et al., 2001; Salmon et al., (2007).

La edad y la experiencia laboral del EMFyC también son variables sociodemográficas que se asocian a encontrar a un paciente como difícil. De esta forma algunos trabajos demuestran que hay una relación entre tener una mayor edad y antigüedad laboral y que disminuya la dificultad en la relación con los mismos (An et al., 2009; Haas et al., 2005; Krebs et al., 2006; Mathers et al., 2005; Steinmetz y Tabenkin, 2001).

3.2.2.3. Clasificación de los encuentros difíciles

Como se ha mencionado previamente, la existencia de encuentros difíciles se basa en el supuesto de que las características de médico y paciente configuran la dificultad de este tipo de encuentro. Smucker et al., (2001) clasifican diferentes tipos de encuentro entre médicos y pacientes en función de cómo interpreta el profesional el motivo de consulta de dichos pacientes, de sus posibilidades de resolver o responder a las necesidades de dicho paciente y del entendimiento entre ambos.

Dicha clasificación se basa en la alta o baja complejidad médica (*biomedical complexity*), o psicosocial del paciente (*psychosocial complexity*), y en la disonancia comunicacional o “alianza” que se da entre el médico y el paciente (*dissonance*). Definen así diferentes tipos de consulta o encuentro en función de la combinación de dichas características, donde cada uno de estos encuentros comprometerán en mayor o menor medida las habilidades profesionales y relacionales del médico, siendo más o menos frustrantes para él.

La consulta médica (*simple medical*), el ritual (*ritual visit*) el complicado (*complicated medical*) y el tango (*the tango*) se caracterizan, en general, porque el médico consigue ser eficaz y amigable con el paciente. La primera y la segunda son consultas centradas en síntomas físicos que se resuelven a través de diagnósticos y tratamientos médicos, aunque en la segunda el paciente introduce en la consulta algún aspecto de su problemática psicosocial, como por ejemplo, problemas familiares. En la consulta “tango” tiene lugar un proceso de negociación entre médico y paciente, el cual los autores describen como una “danza”. Como resultado de estos tres tipos de encuentro el profesional consigue desempeñar su rol de forma eficaz, a la vez que logra un buen entendimiento interpersonal con el paciente.

Los encuentros como el simplemente frustrante (*simple frustration*), de desconexión psicosocial (*psychosocial disconnect*), de desarmonía médica (*medical disharmony*) y la visita *heartsink* (*the heartsink visit*) son adversos para el médico. En el “frustrante”, el paciente no consigue exponer su problemática de forma clara al profesional, el cual presenta dificultades para resolverla. El de “desconexión psicosocial”, como el término lo indica, el médico no consigue entender ni hacerse entender por el paciente, el cual a su vez presenta una alta problemática psicosocial. En el encuentro de “desarmonía médica”, el paciente tiene una alta complejidad médica y

no expresa sus necesidades psicosociales, lo cual va en detrimento de la comunicación y entendimiento interpersonal con el médico. Por último, en la visita *heartsink*, el paciente manifiesta su problemática médica y psicosocial pero no llegan a un acuerdo, y el médico acaba la consulta diciendo “le veré en un mes y verá que se encuentra mejor” (p. 850). En todos estos encuentros se produce una alta disonancia comunicacional entre el paciente y el médico, la cual imposibilita a este último el poder establecer objetivos o asignar el tratamiento adecuado para dicho paciente. Paralelamente, a nivel interpersonal, no logra ni comprender las necesidades del paciente, ni que éste último le entienda a él tampoco. De esta forma, este tipo de consultas se tornan confusas y desagradables para el profesional.

Desde esta clasificación realizada por Smucker et al., (2001) es posible observar que, según el motivo de consulta del paciente y de los recursos del médico para afrontar dicha consulta, a este último le será posible o no desempeñar su rol profesional eficazmente, a la vez que conseguir una buena retroalimentación con el mismo. Nuevamente se recurre a la idea de que el resultado del encuentro entre ambos es bidireccional. Por otra parte, si bien estos autores desarrollan esta clasificación para pacientes *HF*s concretamente, es posible observar que frente a pacientes que acuden con motivos de consulta de difícil resolución médica, el profesional se siente frustrado ante la imposibilidad de resolver la consulta y de conseguir un buen entendimiento con el paciente.

3.2.3. Características del entorno de trabajo del médico que afectan a la relación con los pacientes hiperfrecuentadores con síntomas médicamente inexplicables

Además de las características personales y sociodemográficas del médico que afectan la percepción sobre el tipo de paciente y consecuentemente, la relación que se establece entre ambos, algunas particularidades del entorno de trabajo del EMFyC también influyen en su relación con el paciente, a la vez que afectan el bienestar y desempeño del profesional.

Dado que en el capítulo 0 se expondrán las circunstancias del entorno de trabajo que son estresores potenciales para el profesional, dentro de los cuales se incluye la atención a pacientes *HSMI*, se describirán conjuntamente aquellas circunstancias asociadas al entorno de trabajo que precipitan la disminución del bienestar de estos profesionales al atender a este tipo de paciente.

CAPÍTULO 4

4. Consecuencias del Tipo de Paciente sobre el malestar del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria

Tras haber descrito en los capítulos 2 y 3 por un lado, las características de los pacientes *HSMI* y por otro, de las variables de los médicos que inciden en la relación con este tipo de paciente, en el presente capítulo se presentan los principales estudios sobre la relación entre la atención a los pacientes *HSMI* y el bienestar y la eficacia de los EMFyC. Para ello, se tomarán como marco teórico-conceptual algunos de los principales modelos sobre estrés laboral, en los que se integran tanto factores de riesgo como factores de protección para el bienestar del profesional.

4.1. Modelos de Estrés en la Salud Ocupacional

Uno de los conceptos centrales en la definición, descripción y comprensión de la dimensión psicológica de la salud ocupacional, es el de estrés laboral. Si bien en los primeros estudios el énfasis recaía en la respuesta fisiológica del sujeto (Seyle, 1982), las investigaciones posteriores sobre el estrés reúnen el estudio de variables y procesos psicológicos e interpersonales aplicables a situaciones sociales complejas, como las que tienen lugar en los entornos de trabajo.

Para el abordaje del estrés en contextos laborales, los principales modelos incorporan el estudio de los conceptos de demandas y recursos y del equilibrio entre

ambos. A través del análisis de estos aspectos, es posible explicar y predecir algunas de las circunstancias que pueden afectar el bienestar del trabajador.

De forma general, las demandas laborales se refieren a “aquellos aspectos físicos, sociales u organizacionales que requieren un esfuerzo físico o mental sostenido, y que se asocian con costes fisiológicos y psicológicos” (Demerouti et al., 2001; p501). Para alcanzar los objetivos asociados al rol laboral, el trabajador debe responder a diferentes tipos de demandas en distintos niveles, las cuales pueden derivar en situaciones de sobrecarga física, mental o emocional y conflicto interpersonal, entre otros (Salanova, Cifre, Martínez y Llorens, 2009).

Frecuentemente, el término demandas tiene una connotación negativa, no obstante, y como se verá más adelante, los requerimientos de la actividad laboral no tienen por qué estar asociadas necesariamente a un menor bienestar.

Respecto a los recursos laborales, los mismos implican aquellos aspectos físicos, psicológicos, sociales u organizacionales que facilitan el cumplimiento de las tareas laborales, reducen las demandas o los costes derivados de la consecución de las mismas, y ofrecen al trabajador oportunidades de aprendizaje, y de crecimiento y desarrollo personal (Demerouti et al, 2001). Por su parte, estos recursos pueden tener un origen interno al trabajador (cognitivo y patrones de acción) o externo al mismo (organizacionales y sociales) (Richter y Hacker, 1998).

Algunos ejemplos de los recursos pueden observarse a nivel de la tarea (la autonomía que posee el trabajador en la realización de la misma), a nivel social (los recursos obtenidos a través de las relaciones interpersonales en el trabajo) o a nivel organizacional (son los aspectos relacionados al ambiente de trabajo y a las prácticas organizacionales) (Salanova et al., 2009). De esta forma, los recursos son las

herramientas con las que cuenta el trabajador, y son funcionales al cumplimiento de metas y objetivos.

En resumen, de forma general y como se verá a continuación en el desarrollo de los diferentes modelos de estrés, se considera que las demandas tienen un carácter negativo para el trabajador dado que suponen un coste para el mismo. Los recursos, por el contrario, permiten la consecución de objetivos laborales, posibilitando una disminución los costes fisiológicos y/o psicológicos que pueden ocasionar las demandas sobre el bienestar del trabajador. Desde los modelos que se describen a continuación, se considera que el equilibrio o la pérdida del mismo entre estos dos aspectos, producirá un deterioro o no en el bienestar del trabajador.

Una vez descrito el marco conceptual en el que se desenvuelven los principales modelos del estrés laboral, a continuación, se describen con más detalle cada uno de ellos y sus aportaciones para la comprensión del bienestar psicológico en el trabajo.

4.1.1. Modelo de Demanda-Control (*Job Demand-Control Model*)

El Modelo de Demandas-Control de Karasek (Karasek, 1979; Theorell y Karasek 1990) es precursor de la mayoría de modelos relacionados a los aspectos demandas y recursos.

Según este modelo, el estrés psicosocial que sufre un trabajador está asociado a los niveles de demanda laboral a los que está expuesto, y a los niveles de control o autonomía (*decisión latitud*) que tiene para la resolución de dichas demandas. De esta forma, el estrés laboral surge cuando se provoca un desajuste negativo en el trabajador en la relación entre ambas variables, demanda y control, como por ejemplo, cuando el trabajador está expuesto a un alto nivel de demandas y posee un bajo control o

posibilidad para cumplir con las mismas (Karasek, Theorell, Schwartz, Schinall, Pieper y Michela, 1988).

Respecto a los dos componentes principales de este modelo, las demandas aluden a las exigencias psicológicas de la actividad laboral a las que está expuesto el individuo, derivando en una sobrecarga cuantitativa de su puesto de trabajo. El cumplimiento de estos requerimientos, comprometen esfuerzos en demasía por parte del individuo, el cual ante un exceso o falta de control, puede ver afectado sus niveles de bienestar (Karasek, 1979).

El otro componente de este modelo es la autonomía del trabajador, y se define como el control potencial que éste posee sobre sus tareas y conductas durante la jornada de trabajo. Karasek (1979) establece que esta dimensión está compuesta por la “decisión de autoridad” (*decisión authority*) y por la “discreción personal” o consideración personal (*discretion intelectual*). Ambos aspectos reflejan que este factor es un indicador de la libertad que posee el trabajador para poder decidir y realizar su quehacer laboral. De esta forma, el control se asocia a un recurso de afrontamiento a las demandas laborales que tiene el individuo, puesto que permite la ejecución de las mismas.

En situaciones en las cuales, por ejemplo, el sujeto se encuentra expuesto a un exceso de trabajo y cuenta con poco tiempo para la resolución del mismo, aumenta el nivel de estrés del trabajador. También, cuando un exceso de trabajo acompañado de una alta necesidad de supervisión del mismo, puede provocar una alteración en los niveles de activación en el individuo. En ambos ejemplos, la relación entre estas dos variables deriva en un aumento del malestar del individuo (Karasek, 1979).

Así, varios estudios verifican que un desequilibrio entre estos dos componentes genera consecuencias negativas para la salud del trabajador, puesto que se asocia a problemas de salud cardiovascular y hasta con la mortalidad en trabajadores (Karasek, Baker, Marxer, Ahlbom y Theorell, 1981; Theorell, Harenstam, de Faire, Orth-Gomer y Perski, 1987). En este sentido, el que el trabajador esté expuesto un alto nivel de exigencias a la vez que tenga un rango limitado para la ejecución de las mismas, se incrementa el riesgo de padecer estrés laboral y, por tanto, de problemas de salud asociados a este tipo de circunstancia como, por ejemplo, infartos de miocardio (Karasek et al., 1988).

4.1.2. Modelo de Demanda-Control-Apoyo Social (*Demand-Control-Support Model*)

Johnson y Hall (1988) amplían el modelo de Karasek (1979), introduciendo el estudio del concepto de apoyo social en relación a los recursos del trabajador. Dichos autores añaden la idea de que el apoyo social en el trabajo, junto con el control o autonomía del trabajador, es un recurso a favor del mismo, el cual le posibilita la resolución de las demandas exigidas. Así, tanto la autonomía como el apoyo social del trabajador pueden compensar el impacto negativo que tienen los requerimientos de su trabajo (Xanthopoulou et al., 2007).

Según Lin, Dean y Ensel (1986) el apoyo social hace referencia a los aspectos instrumentales y/o expresivos, reales y percibidos, que aportan la comunidad, las redes sociales y los amigos íntimos. En las situaciones laborales, el apoyo social se torna un recurso fundamental para el trabajador, dada la posibilidad potencial que implica el recibir ayuda o beneficios de quienes le rodean. Desde esta perspectiva, es un aspecto

que puede modificar el impacto negativo de las demandas exigidas por la actividad laboral, de la misma forma que, según el modelo de Karasek (1979), puede hacerlo el control del trabajador sobre aquellas.

Así, según el modelo Demanda-Control-Apoyo Social, la combinación de las demandas, el control y el apoyo social determinan los niveles de estrés laboral del mismo. El mismo se puede predecir en situaciones en las cuales el trabajador está expuesto, por ejemplo, a altas demandas laborales y posee un bajo control y apoyo social frente a las mismas. Cabe destacar que según algunos autores, en los estudios empíricos que utilizan este modelo se ha obtenido poca evidencia respecto al poder de amortiguación de dicha variable, así como la relación de la misma y el control (De Jonge y Kompier, 1997).

4.1.3. Modelo de Estrés, Evaluación y Afrontamiento (*Stress, Appraisal and Coping*)

El modelo de estrés de evaluación y afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984) es uno de los modelos más importantes en el marco del estudio del estrés, constituyendo una referencia para el desarrollo de modelos posteriores. Se trata de un modelo cognitivo e interaccionista, en el sentido de que dicho modelo incorpora el estudio de, por un lado, la valoración que realiza el individuo acerca de las demandas del ambiente al que está expuesto y, por otro, la respuesta del mismo frente a esa situación, en función de los medios que dispone para afrontar dichas demandas.

De esta forma, los resultados derivados de estas circunstancias pueden ser de dos tipos. Puede ocurrir que la persona perciba que no posee los recursos necesarios para resolver las exigencias de la situación y que, por tanto, esta última se torne estresante o

amenazante para ella. Por el contrario, puede tener lugar una evaluación positiva acerca de los medios de los que dispone la persona para eliminar los riesgos de la exposición a ese contexto, y que éste no sea percibido como amenazante para su bienestar.

En el proceso a través del cual el individuo valora los recursos que posee para afrontar el evento al que está expuesto, se distinguen dos tipos de evaluaciones, la primaria y la secundaria. En la evaluación primaria, el sujeto considera si la situación a la cual se enfrenta implica efectos negativos o positivos para sus objetivos e intereses personales. En la evaluación secundaria, una vez considerados los riesgos de las circunstancias a las que se enfrenta, la persona valora los recursos que dispone y sus posibilidades para afrontar dichas circunstancias (Lazarus, 1991).

Así, el que un evento sea estresante o no para un sujeto dependerá de la certeza de éste acerca de los medios con los que cuenta para afrontar dicho evento. Esto se deriva a su vez, de la evaluación de las cualidades amenazantes de dicho evento y de la valoración sobre las posibilidades que el individuo cree poseer para afrontar esa situación.

A su vez, en este proceso las causas del estrés pueden ser atribuidas a agentes externos a la persona o por el contrario, considerar que dichas causas están bajo su control. En función de estas atribuciones, el sujeto emprenderá las conductas de afrontamiento bien centradas en la resolución del problema actuando sobre su entorno y modificándolo, bien sobre sus propias motivaciones y cogniciones acerca del mismo a través de estrategias de reevaluación de la situación, intentando modificar su apreciación de la misma (Crego, Martínez-Íñigo y Tschan, in press).

4.1.4. Modelo de Conservación de Recursos (COR)

El modelo de la Conservación de Recursos (COR en adelante) (Hobfoll, 1989) surge como un modelo alternativo a las aproximaciones previas al estudio del estrés, dado que las mismas, según este autor, no consiguen desarrollar explicaciones claras para algunas situaciones que desencadenan estrés en los individuos. De esta forma, Hobfoll (1989) desarrolla el modelo COR trascendiendo las aproximaciones existentes centradas en las valoraciones cognitivas del individuo (Lazarus y Folkman, 1984), o en las características ambientales de la situación (Sarason, 1972), considerando que estos dos tipos de abordajes no resuelven la interacción de ambas situaciones y sus consecuencias sobre el individuo. En este sentido, el modelo COR busca romper con la circularidad de los primeros y la simpleza o linealidad de los segundos, erigiéndose desde una perspectiva psicosocial que integra al individuo en un contexto e involucra el estudio de las características de ambos (Salanova et al., 2009).

La premisa fundamental de este modelo parte de la suposición de que las personas intentan desarrollar, mantener y proteger sus recursos de aquellas circunstancias que representan una amenaza de pérdida de los mismos (Hobfoll, 1989; Hobfoll, 2001). Dicha premisa se asienta en concepciones relacionadas a la protección del yo (Pearlin, Lieberman, Menaghan y Mu Uen, 1981), a la importancia jerárquica de los recursos del individuo (Maslow, 1968) y a la interacción con el medio como una posibilidad de aumentar las posibilidades de obtener un reforzamiento positivo (Bandura, 1977).

En todas estas concepciones subyace la necesidad de la posesión y resguardo de los recursos que posee un individuo, así como la de contar con alternativas para la recuperación de los mismos. En base a estas necesidades, las personas desarrollan

acciones que les permiten aumentar la probabilidad de reforzar sus recursos en diferentes situaciones, o bien desarrollar características personales y sociales que eviten la pérdida de los mismos (Hobfoll, 1988).

De esta forma, en el modelo COR el concepto de pérdida de recursos es el elemento central que da lugar al origen del estrés dado que la pérdida, real o potencial de éstos, se torna en una situación amenazante o potencialmente estresante para la persona. Desde esta perspectiva, el origen del estrés radica fundamentalmente en situaciones relacionadas a una amenaza de pérdida de recursos, a la pérdida efectiva de los mismos y a la falta de aumento de recursos o de no recibir un beneficio acorde a la inversión de recursos que ha realizado un individuo (Hobfoll, 1989; Hobfoll, 2001). En el caso contrario, cuando las personas no están expuestas a un contexto amenazador de sus recursos, procuran gestionar los excedentes de éstos a fin de prevenir pérdidas de los mismos a futuro. En estas situaciones -opuestas a cuando el individuo debe afrontar eventos que implican una pérdida real o potencial de sus recursos dando lugar a sensaciones de malestar- el individuo experimenta bienestar o *eustress*.

Respecto a los principios del modelo COR acerca de la dinámica de los recursos el primero de ellos afirma que la “pérdida de recursos es más fuerte y más potente que la ganancia de recursos” (Hobfoll y Lilly, 1993, p. 131). A su vez, el segundo principio de este modelo afirma que “para obtener recursos o evitar su pérdida, hay que invertir otros recursos” (p. 131). Ambos principios se explican a través de procesos que dan lugar a espirales de pérdida y ganancia de los mismos respectivamente.

Cuando el individuo pierde recursos, es más susceptible a seguir perdiéndolos en una especie de “ciclo o espiral de pérdida” negativo, originado a través de un debilitamiento y una menor capacidad de afrontamiento de las demandas o amenazas

del contexto al que está expuesto dicho individuo (Hobfoll, 1989; Hobfoll y Lilly, 1993). En el caso contrario, dado que los recursos tienen la característica de ser beneficiosos en sí mismos, las personas están dispuestas a invertir en la obtención de nuevos recursos a la vez que preservar los que tienen, lo cual deriva en espirales de ganancia (Salanova et al., 2009).

Desde el modelo COR, Hobfoll (1989) define la existencia de cuatro tipos de recursos (objetos, condiciones, características personales y energía) pero añade la idea de que, si bien el apoyo social no implica una categoría de recurso como tal, el mismo puede constituir un mecanismo para la recuperación de recursos. Por otra parte y en relación a las características del apoyo social, Hobfoll (1989) considera que las relaciones sociales presentan la doble cualidad de drenar los recursos de los sujetos a la vez que proporcionan una oportunidad para la preservación o recuperación de los recursos. De acuerdo a este último punto de vista, el apoyo social puede ser beneficioso desde una doble perspectiva. Por un lado, se convierte en una herramienta en situaciones de necesidad o de riesgo para el individuo, dotando a este último de una sensación de soporte y de dominio de la situación estresante que le permite amortiguar la amenaza de pérdida de recursos. Por otro lado, a través del apoyo social la persona puede recuperar recursos propios como, por ejemplo, afianzar su autoestima (Hobfoll, 1989).

Si bien, tal y como se expuso en modelos anteriores, el apoyo social ha sido introducido previamente en el estudio del estrés laboral, el modelo COR añade esta la de que las relaciones interpersonales son mecanismos a través de los cuales es posible un restablecimiento de los recursos del sujeto. En base a esta premisa, algunos estudios plantean que la posibilidad de retroalimentación que ofrecen las interacciones sociales positivas o satisfactorias permite recuperar o ser un aliciente para la pérdida de recursos

(cognitivos, emocionales, etc.) invertidos en satisfacer las demandas laborales (Halbesleben, 2006; Martínez-Íñigo, Totterdell, Alcover y Holman, 2007; Côté, 2005; Brotheridge y Lee, 2002).

4.1.5. Modelos de Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (*Effort-Reward-Imbalance Model*)

Una de las principales aportaciones de este modelo es la incorporación de variables interpersonales al estudio del estrés, a través de algunos conceptos derivados de las teorías del intercambio social.

Basado en el Modelo de Demanda-Control (Karasek, 1979) y en el Modelo de ajuste persona-entorno (French, Caplan y Harrison, 1982), el núcleo del presente modelo lo constituye el concepto de reciprocidad en el intercambio social y la subsiguiente percepción de justicia en la relación interpersonal.

En el proceso de intercambio social intervienen por un lado, el esfuerzo que un individuo invierte en dicha interacción y, por otro, los resultados que obtiene a cambio de dicho esfuerzo (Siegrist, 1996; 1998). Este último hace referencia a las demandas o los costes que implican la realización de una acción como, por ejemplo, el tiempo dedicado a un paciente. La recompensa alude a los beneficios obtenidos a cambio de la inversión realizada como, que el paciente sea amable con el profesional o le reconozca su trabajo. De esta forma, en función del equilibrio surgido de la relación de estos dos componentes, el individuo percibirá la existencia de reciprocidad o, por el contrario, de falta de equidad (Siegrist, 1996).

La reciprocidad se da en aquellas situaciones en las cuales el esfuerzo invertido en una interacción es correspondido por la obtención de una recompensa acorde a dicha

inversión. En este sentido, el concepto de reciprocidad se basa en la norma socialmente compartida de que existe una equivalencia entre el coste de una acción y el reconocimiento obtenido por la realización de la misma. Si esta norma se cumple, las personas experimentan emociones positivas, las cuales tienen un efecto acorde sobre su bienestar. Si por el contrario, tiene lugar una violación de la norma de correspondencia, este hecho provoca emociones negativas y desencadena repuestas de estrés en los individuos (Salanova et al., 2009).

De esta forma, la percepción de inequidad entre los esfuerzos invertidos y las recompensas obtenidas a cambio ocurre cuando se dan alguna de estas tres circunstancias derivadas del desajuste en la relación de los factores mencionados. Por un lado, la percepción de no reciprocidad puede darse ante un desequilibrio del tipo alto esfuerzo-baja recompensa, el cual puede causar una situación estresante para el individuo. Por otro lado, puede tener lugar cuando los trabajadores sobrecomprometidos con su trabajo no reciben a cambio las recompensas acordes a los esfuerzos invertidos. Por último, cuando se superponen las dos situaciones mencionadas previamente, se produce también una percepción de injusticia en el trabajador (De Jonge, Bosma, Peter y Siegrist, 2000). En cualquiera de estos casos no existe una equivalencia entre los recursos invertidos en una acción y el reconocimiento obtenido por la misma.

En el ámbito laboral concretamente, existen tres mecanismos a través de los cuales se transmiten las recompensas: el monetario, de estima y de seguridad y/o oportunidades en la carrera profesional (De Jonge et al., 2000). El primero de ellos se asocia con la recompensa económica que obtiene el trabajador por la realización de su trabajo. El segundo está relacionado con la recompensa que obtiene dicho trabajador a través del reconocimiento por su actividad laboral. El último tiene que ver con un tipo

de recompensa relacionada a la seguridad y posibilidades de carrera que le ofrece dicha actividad. Así, ante situaciones frente a las cuales el trabajador considere que es remunerado acorde a su trabajo, que tiene un reconocimiento social por el mismo o que tiene posibilidades de crecimiento desde el punto de vista laboral, existe un equilibrio entre los aspectos mencionados lo cual repercutiría positivamente en la salud del mismo.

4.1.6. Modelo de Demandas-Recursos Laborales (*Job Demand-Resources Model*)

En función del modelo de Demandas-Control de Karasek (1979), Demerouti, Bakker, Nachreiner y Schaufeli (2001) desarrollan el modelo de Demandas-Recursos Laborales aplicado al estudio del *burnout* de trabajadores pertenecientes a diferentes ámbitos laborales y a diferentes ocupaciones. Dicho modelo amplía el de Demandas-Control incorporando, por un lado, el estudio del efecto de diferentes recursos del trabajador sobre el *burnout* del mismo y, por otro, trascendiendo el análisis de las demandas psicológicas, incorporando así el estudio de distintos tipo de demanda. Cabe destacar que, a pesar de que el presente modelo se aplica o surge como explicación al *burnout*, también se utiliza en el estudio del estrés laboral (Bakker y Demerouti, 2007).

Mientras Karasek (1979) plantea que los niveles de estrés de un trabajador dependen de la relación de los niveles de demandas exigidas y del control que posee para el cumplimiento de las mismas, el presente modelo extiende el concepto de recursos -más allá del control o autonomía que posee el trabajador- incorporando el análisis del impacto de diferentes herramientas laborales sobre el bienestar del trabajador. Respecto a las demandas, también amplía el análisis de las mismas, estudiándolas en diferentes niveles como ser el nivel de tarea (sobrecarga cuantitativa),

social (sobrecarga emocional) y organizacional (inseguridad laboral) (Salanova et al., 2009).

De esta forma, según el modelo Demandas-Recursos, la salud psicosocial del trabajador depende de la interacción de las demandas y recursos disponibles. El riesgo de estrés aumenta cuando el individuo debe enfrentarse a unas altas demandas, a la vez que cuenta con bajos recursos para solventarlas (Demerouti et al., 2001). En función de esta dinámica, las exigencias laborales crónicas o sostenidas en el tiempo pueden provocar una disminución de los recursos disponibles y conducir a un deterioro en la salud del trabajador.

Por el contrario, cuando el individuo cuenta con recursos suficientes para afrontar los requerimientos laborales, ello desemboca en un proceso de motivación para el mismo debido a que dichos recursos le permiten disminuir el malestar ocasionado por el esfuerzo invertido en el cumplimiento de las demandas. Por ello, los recursos son funcionales a la consecución de las tareas, a la amortiguación del impacto negativo de las demandas sobre el bienestar del trabajador y de la recuperación del individuo de los esfuerzos invertidos en su desempeño laboral (Demerouti y Bakker, 2011).

En este sentido, el presente modelo guarda relación con el modelo COR puesto que incorpora el análisis de la recuperación de recursos utilizados para el cumplimiento de las demandas laborales. A su vez permite el estudio conjunto de los efectos de las demandas y los recursos sobre los niveles de malestar y de bienestar del individuo. De esta forma, los resultados de la relación de estos dos factores pueden dar lugar a dos procesos de salud psicosocial del trabajador: malestar y bienestar (Schaufeli y Bakker, 2004).

4.1.7. Aplicación de modelos de estrés de Salud Ocupacional al estudio de los efectos de los pacientes hiperfrecuentadores con síntomas médicamente inexplicables sobre el malestar de los Especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria

En los apartados precedentes, se han expuesto algunos de los modelos de estrés más importantes en el ámbito de la Psicología de la Salud Ocupacional. Los mismos son el modelo de Demanda-Control (Karasek, 1979), de Demanda-Control-Apoyo social (Johnson y Hall, 1988), de Estrés, evaluación y afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984), de COR (Hobfoll, 1989), de Desequilibrio esfuerzo-recompensa (Siegrist, 1996) y finalmente de Demandas-Recursos Laborales (Demerouti et al., 2001).

Como se mencionó al comienzo del capítulo, en la base de todos estos modelos subyacen los conceptos de demandas y de recursos, y de que en función del equilibrio o no entre ambos aspectos, es posible predecir los niveles de bienestar del trabajador. En este trabajo se abordará el estudio del estrés en los EMFyC en base, fundamentalmente, a los modelos de COR (Hobfoll, 1989) y de Demandas-Recursos Laborales (Demerouti et al., 2001). Dichos modelos se aplicarán al análisis de los efectos de la relación médico-paciente sobre el bienestar del EMFyC, tras atender a cada paciente.

Así, se analizarán los niveles de demanda asociados a los diferentes tipos de pacientes descritos en el capítulo 2, concretamente, de las demandas emocionales ocasionadas por los mismos. De esta forma, no se analizarán otros tipos de demanda psicológica como, por ejemplo, las cognitivas, ni otras fuentes de demanda como las organizacionales (Salanova, 2008; Salanova y Schaufeli, 2009). La selección del estudio de las demandas emocionales se basa en la revisión de la literatura previa en la que, como se describe en capítulos anteriores, la percepción del profesional sobre las demandas emocionales de los pacientes *HSMI* es uno de los factores más salientes en la

explicación que dichos profesionales dan a sus experiencias emocionales, generalmente negativas, durante la interacción con este tipo de paciente.

En cuanto a los recursos, se analiza si la interacción con el paciente es un mecanismo a través del cual el profesional consigue recuperar los recursos invertidos en atender las demandas de los distintos tipos de paciente. Así, se estudiarán concretamente los recursos externos al médico relacionados a la interacción con el paciente. Otros tipos de recursos, como los organizacionales, no serán objeto de análisis en dicho estudio.

En relación con todo lo anterior, desde el primer modelo se desprenden hipótesis para el estudio del impacto de las demandas del paciente sobre el bienestar del profesional, incorporando también el análisis de las características de consulta del paciente (frecuentación y tipo de síntomas). Las hipótesis derivadas de estas premisas se describen en el apartado 5.2.1. Por otra parte y también en base al modelo de COR, se analiza el impacto de la retroalimentación positiva del paciente sobre los niveles de bienestar del EMFyC. Contrariamente a la lógica anterior pero en consonancia con el modelo de COR, se considera que la relación con el paciente puede vehicular la recuperación de recursos por parte del profesional. Esta situación se reflejaría en un aumento de sus niveles de bienestar cuanto mayor sea la retroalimentación que el paciente le ofrezca. En el análisis de la relación de estos dos aspectos, también incorporará el estudio de las características del paciente como un elemento moderador entre los mismos. Las hipótesis a contrastar sobre estos planteamientos se describen en el apartado 5.2.2.

La idea de que la interacción con el paciente puede derivar tanto en una pérdida como en una ganancia de recursos para el profesional surge del modelo de COR, el cual plantea que a través de las relaciones interpersonales pueden resultar ambas

consecuencias. Las cualidades del paciente pueden a su vez potenciar o no el agotamiento de recursos del profesional o permitirle una mejor o peor recuperación de los mismos.

Desde el segundo modelo, el de Demandas-Recursos Laborales, se plantean hipótesis derivadas de que la retroalimentación positiva que ofrece el paciente al EMFyC habilita un proceso de recuperación de recursos que este último ha invertido en satisfacer las demandas del paciente. De acuerdo a este planteamiento, la relación con el paciente amortiguará la pérdida de bienestar del profesional, frente a las demandas del primero. Las hipótesis sobre dicho modelo se encuentran en el apartado 5.3.

4.2. Demandas y Recursos de los Especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria

Previamente, en los capítulos 2 y 3 se han descrito las características de los pacientes *HSMI* y del profesional que inciden en la relación entre ambos. No obstante, los trabajos que analizan estas características no abordan profunda, o satisfactoriamente, las dinámicas y procesos que emergen de la interacción y que trascienden, a su vez, las características de ambos, incidiendo sobre el bienestar del profesional.

Si bien desde la perspectiva de trabajo desde los denominados encuentros difíciles se intenta resolver cómo la interacción entre las características de ambos, médico y paciente *HSMI*, afectan al médico, dichos trabajos no siempre describen o especifican el proceso que tiene lugar en esos efectos. De esta forma, en los apartados posteriores se analizan los estudios existentes respecto a los estresores y consecuencias para los EMFyC ligados a la atención de pacientes *HSMI* en función de los modelos de estrés laboral descritos en el apartado 4.1. Por último, se exponen los estudios sobre las

relaciones interpersonales con los pacientes en general, como mecanismo para la recuperación de recursos por parte del profesional.

4.2.1. Fuentes de estrés en los Especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria

Como se expuso en el capítulo 1 de este trabajo, las demandas laborales actuales de los EMFyC derivan de algunos de los cambios estructurales del sistema sanitario ocurridos en las últimas décadas. Dichos cambios han generado un aumento de los requerimientos laborales por parte de los EMFyC, incluidos los de atención a los pacientes, y una paralela disminución de los recursos de afrontamiento a partir de la pérdida de control de este colectivo sobre su actividad profesional. Todo ello ha afectado negativamente el bienestar de dichos profesionales (Simoens, Scott y Sibbald, 2002; Sudquist y Johansson, 2000; Vanagas, 2005; Vanagas y Bihari-Axelsson, 2004 a y b; Wilhelmsson, Foldevi, Akerlind y Faresjo, 2002; Williams, Konrad, Linzer, McMurray, Pathman y Gerrity, 2002).

En comparación con otros trabajadores de la salud - recepcionistas, enfermeras, o supervisoras- se ha comprobado que los EMFyC, junto con los cargos gerenciales, son los profesionales que presentan los niveles más altos de estrés (Calnan et al., 2000) lo cual sitúa a este grupo de especialistas entre los colectivos con mayor riesgo.

Varios de estos estudios dan cuenta de que la principal fuente de estrés de los EMFyC es la sobrecarga laboral procedente del número de horas y de la carga de trabajo a la cual está sometido este colectivo (Buxrud, 1990; Wilhelmsson, Foldevi, Akerlind, Faresjo, 1998; Wilhelmsson, Foldevi, Akerlind, Faresjo, 2002; Vanagas, 2005) incluida la carga emocional generada por la relación con los pacientes (Wallace y Lemaire, 2007). Estas altas demandas o sobrecarga de trabajo explican, en gran parte,

los bajos niveles de bienestar estos profesionales en la actualidad (Buxrud, 1990; Calnan y Corney, 1994; Chambers y Campbell, 1996; Rout, 1996; Sundquist y Johansson, 2000), coincidiendo con los supuestos de los modelos de estrés ocupacional.

Dentro de las altas demandas que tienen que afrontar los EMFyC, se han hallado efectos negativos respecto al número de pacientes atendidos por día (Appleton, House y Dowell, 1998; Freeborn, Hooker y Pope, 2002; Groenewegen y Hutten, 1991; Linzer et al., 2002; Vanagas, 2005; Vanagas y Bihari-Axelsson, 2004), a la presión temporal para atender a dichos pacientes (Elovainio y Kivimäki, 1998; Freeborn, Hooker y Pope, 2002; Groenewegen y Hutten, 1991; Linzer et al., 2002; Rout, 1996; Virtanen et al., 2007), a la cantidad de días de trabajo por semana y a las horas de trabajo diarias (Appleton, House y Dowell, 1998; Vanagas, 2005), donde todas estas circunstancias se asocian a una sobrecarga en el profesional. A su vez, el trabajo administrativo que recae actualmente en el médico crea una carga de trabajo adicional a la atención a pacientes (Appleton, House y Dowell, 1998; Rout, 1996).

En relación con estas demandas cuantitativas, varios trabajos confirman hipótesis derivadas del modelo de Karasek (1979), demostrando que el desequilibrio entre las altas demandas del trabajo y el bajo control del profesional para satisfacerlas tiene un impacto negativo sobre la satisfacción (McGlone y Chenoweth, 2001) y la salud del profesional (Elovainio y Kimimäki, 1998; Sundquist y Johansson, 2000; Vanagas, 2005). Johnson, Hall, Ford, Mead, Levine, Wang y Klag (1995) son los primeros en aplicar este modelo en trabajadores de la salud en los Estados Unidos, confirmando el efecto negativo de estos dos aspectos sobre la satisfacción y la salud mental en dichos profesionales. Otras investigaciones confirman que la relación existente entre un elevado número de pacientes y el poco tiempo para dedicarles implica una carga de trabajo derivada de la percepción de un bajo control y altas demandas (Groenewegen y

Hutten, 1991; Wallace y Lemaire, 2007). Por su parte McGlone y Chenoweth (2001) encuentran que la falta de control se asocia a una baja satisfacción del médico, pero no verifican la incidencia de dicha variable sobre la relación de las altas demandas y la satisfacción.

Si bien todos estos estudios verifican los efectos negativos derivados de las altas demandas y la baja autonomía del profesional para cumplir con las mismas, dichos estudios no incluyen en el estudio de estos efectos la atención a pacientes *HSMI* concretamente.

En el estudio del estrés en los EMFyC, también se han abordado otros aspectos de las condiciones de trabajo vinculados a factores organizacionales como el clima laboral y la justicia organizacional, demostrando que dichas variables guardan una relación positiva con el estrés en los médicos (Virtanen, Oksanen, Kivimäki, Virtanen, Pentti y Vahtera, 2008).

Otro grupo de variables analizadas son las asociadas a las características sociodemográficas de los profesionales que potencian los resultados negativos del estrés. De esta forma el ser mujer (Aasland et al., 1997; Wilhelmsson et al., 2002; Vanagas, 2005), el no tener pareja y presentar indicadores pobres de salud (Calnan et al., 2000; Calnan et al., 2001; Chambers y Belcher, 1994; Sundquist y Johansson, 2000; Vanagas, 2005; Vanagas y Bihari-Axelsson, 2004) son factores de riesgo de estrés laboral para este colectivo. En este sentido y en comparación con los médicos hombres, en las mujeres médico se observa una mayor reducción de su vitalidad, de su funcionamiento social así como un empobrecimiento emocional y una peor salud mental (Chambers y Belcher, 1994; Sundquist y Johansson, 2000). Otros autores en cambio, encuentran resultados inversos en indicadores de salud donde los médicos hombres

muestran mayores niveles de ansiedad y depresión, en comparación con las mujeres, las cuales a su vez, presentan menores niveles de satisfacción (Sutherland y Cooper, 1993). Desde otras investigaciones se encuentra que la baja antigüedad o experiencia laboral provoca una mayor sobrecarga en los EMFyC (Vanagas y Bihari-Axelsson, 2004).

A su vez, existen trabajos que estudian conjuntamente factores de la organización del trabajo (trabajo de gestión, sobrecarga laboral, tiempo insuficiente, carga de pacientes, margen de decisión, etc.) y factores individuales de los médicos (ser caucásico, mujer, menor de 40 años, entre otros), estableciendo que ambos influyen negativamente sobre la salud del profesional (Calnan et al., 2000; Firth-Cozens, 1998; Simoens, Scott, Sibbald, 2002; Vanagas y Bihari-Axelsson, 2004, Vanagas, 2005).

4.2.2. Estresores ligados a la atención de pacientes hiperfrecuentadores con síntomas médicamente inexplicables

A continuación se analizan los estudios que documentan los efectos negativos de la atención a pacientes *HSMI* desde los supuestos de los modelos de estrés descritos en el apartado 4.1.

4.2.2.1. Demandas exigidas por los pacientes hiperfrecuentadores con síntomas médicamente inexplicables

Además de los estresores asociados a efectos negativos en los EMFyC mencionados en el apartado anterior, algunos trabajos afirman que la atención a pacientes *HSMI* supone una alta demanda para estos profesionales y, por tanto, se convierte en un potencial estresor para los mismos en ausencia de los recursos necesarios para su afrontamiento (Calnan, Wainwright, Forsythe y Wall, 2000; Calnan, et al., 2001;

Elovainio y Kivimäki, 1998; McGlone y Chenoweth, 2001; Sutherland y Cooper, 1993; Zantinge et al., 2005).

Según se ha expuesto en el capítulo 2, las demandas ocasionadas por los pacientes *HSMI* aumentan la presión asistencial de los EMFyC tanto desde un punto de vista cuantitativo como cualitativo. Los mismos generan una sobrecarga en los médicos asociada fundamentalmente a tres factores. Por un lado, la sobrecarga derivada de una demanda cuantitativa originada por el hecho de que un pequeño porcentaje de pacientes genera una gran cantidad de trabajo (Grau et al, 1999; Neal et al., 1998; Ortega et al., 2004; Reid, Crayford, Patel, Wessely y Hotopf, 2003), consumiendo así gran parte de los recursos de dichos profesionales

Por otro lado, además del elevado número de visitas y desde un punto de vista más cualitativo, estos pacientes originan una sobrecarga proveniente de las demandas cualitativas derivadas de la compleja relación interpersonal que se establece con los mismos. Dichas demandas generan un gran desgaste emocional sobre los profesionales (Mas et al., 2003) dado que los requerimientos de estos pacientes apuntan, generalmente, a la búsqueda de un soporte emocional, más allá de que se presenten en la consulta solicitando diagnóstico y tratamiento para su sintomatología orgánica (Salmon et al., 2005). Este hecho está fuertemente relacionado al origen de los síntomas por los que consultan, los cuales suelen ser manifestaciones somáticas originadas en aspectos psicosociales (Heinrich, 2004).

Por último, el tercer factor resulta de la combinación de ambos tipos de demanda surgidas en la consulta con estos pacientes. La unión del elevado número de consultas y del desgaste provocado en la relación con los mismos hace que se potencie la carga de

trabajo correspondiente a cada consulta, la cual se expresa como la relación entre el número de problemas encontrados por cada visita (Stumberg, 2002).

En esta línea, algunos de los estudios que analizan los efectos de los pacientes *HSMI* sobre los EMFyC confirman que los mismos generan una gran sobrecarga de trabajo, asociada tanto al alto número de visitas (Mathers et al., 1995; Luciano et al., 2010), como a la dificultad de la relación con los mismos (Calnan, Wainwright, Forsythe y Wall, 2000; Calnan, et al., 2001; McGlone y Chenoweth, 2001; Reid et al., 2001b; Sutherland y Cooper, 1993), provocando desgaste laboral en los EMFyC (Mas et al., 2003) y un agotamiento de los recursos del profesional.

De acuerdo a lo expuesto previamente, se considera que las altas demandas exigidas por los pacientes *HSMI* se asocian a efectos negativos sobre el bienestar del EMFyC cuando el mismo carece de recursos de afrontamiento ante las mismas. Dichas demandas se asocian a su vez con los estresores descritos previamente como la cantidad de pacientes en lista, cantidad de horas trabajadas diariamente y la presión temporal a la que está expuesto el médico, aumentando los riesgos de estrés del profesional.

4.2.2.2. Emociones negativas y Trabajo emocional frente a pacientes hiperfrecuentadores con síntomas médicamente inexplicables

En la literatura existente acerca del impacto de la atención a pacientes *HSMI* sobre el EMFyC, varios estudios documentan el predominio de sensaciones y emociones negativas de los profesionales frente a este tipo de paciente. Como se mencionó en el capítulo 2, algunos autores incluso definen a estos pacientes como tales en función de la respuesta emocional y de las sensaciones negativas que experimenta el médico frente a los mismos (Blay 1996; Ellis, 1986; Martín, 2000; O'Dowd, 1988; Shahady, 1984).

Así, además de las altas demandas exigidas por los pacientes *HSMI*, éstos generan emociones negativas en los profesionales como impotencia, ansiedad o incertidumbre, entre otras, (Bellón y Fernández, 2002; Groves, 1978; Mas et al., 2003), lo cual tiene un efecto negativo para la satisfacción (Strous, et al, 2006), la actuación profesional (Hahn, 2001) y, de forma más general, para el bienestar laboral de los EMFyC.

En cuanto a la experiencia emocional que implica para los médicos el atender a los pacientes *HSMI*, Bellón y Fernández (2002) investigan las emociones específicas provocadas por este tipo de paciente, comprobando un predominio de experiencia emocional negativa frente a los mismos. Cabe destacar que en esta línea, es de los pocos trabajos empíricos en España. Así, corroboran que las emociones negativas y los pensamientos de insatisfacción hacia este tipo de paciente derivan de la sobrecarga que ocasionan, a la solicitud de estudios médicos de forma excesiva por parte de los mismos o a querer ser atendidos fuera del horario de consulta. También se ha encontrado que estos pacientes pueden promover emociones positivas y los pensamientos altruistas entre médicos jóvenes que se sienten necesitados por dichos pacientes.

Otros trabajos analizan las emociones específicas que despiertan los pacientes *HSMI* en función de los cuatro grupos de este tipo de paciente definidos por Groves (1978), y descritos en el apartado 2.2.3, verificando también un predominio de emociones negativas. Así, frente a los pacientes pasivo-dependientes y producto de esa gran dependencia, los profesionales sienten un sentimiento de cansancio desproporcionado, de inseguridad (Groves, 1978; Mas et al., 2003) y de aversión. Frente a los pacientes somatomorfos, la experiencia subjetiva del médico también es negativa puesto que sienten una gran frustración derivada de la vaguedad de su motivo de consulta (Eptstein et al., 2004; García, 1998; Hahn, 2001; Ring et al., 2004).

Si bien en la consulta médica existen “papeles” o una ritualización en la relación médico-paciente, en la misma, como en cualquier interacción humana, surge el componente subjetivo y espontáneo por ambas partes (Blay, 1996), dando lugar a sentimientos y emociones imprevisibles que repercuten sobre la actividad profesional y bienestar del profesional (Ágreda y Yanguas, 2001). El que este último experimente emociones negativas hacia pacientes *HSMI*, da lugar a una contratransferencia negativa hacia ellos por parte de los médicos.

La contratransferencia es un proceso descrito por la teoría psicoanalítica como la reacción del profesional -médico en este caso- hacia el paciente la cual se elabora a través de procesos inconscientes (Laplanche y Pontalis, 1996). De esta forma, cuando la contratransferencia es negativa, significa que el profesional siente emociones tales como ansiedad, culpa, desesperación, malicia, entre otras, hacia el paciente (Ágreda y Yanguas, 2001). A estas emociones le acompañan la sensación de pérdida de control de la situación, de la autoridad y de la autoestima por parte del profesional, todo lo cual deriva en que este último sienta una alta frustración frente a este tipo de paciente. Ello a su vez afecta la equidad y la eficacia del quehacer profesional del EMFyC (Blay, 1996) y los pacientes se convierten en una fuente de insatisfacción laboral (Strous, Ulman y Kotler, 2006).

Ante esta situación, la experiencia emocional negativa del médico frente a este tipo de paciente puede ocasionar peores consecuencias aún para el profesional, en el sentido de que afrontar los sentimientos negativos que el paciente le despierta suscita una mayor exigencia. Teniendo en cuenta que parte del trabajo del EMFyC implica generar relaciones empáticas con los pacientes, más allá del tipo de emoción que el paciente genere en el médico, esa necesidad de empatizar con los mismos deriva en que el profesional ponga en juego estrategias de autoregulación a través de la realización de

Trabajo emocional (Hochschild, 1983). Se entiende al Trabajo emocional como el proceso a través del cual el profesional consigue expresar las emociones adecuadas para desempeñar una actividad laboral, la cual responde a las normas organizacionales (Hochschild, 1983). Así, la necesidad de desarrollar un comportamiento empático hacia el paciente se convierte en una modalidad de Trabajo emocional para los EMFyC (Larson y Yao, 2005).

De acuerdo a lo anterior, la experiencia emocional negativa, la necesidad de llevar a cabo estrategias de autoregulación para mostrar empatía hacia el paciente y para, a su vez, controlar la expresión de las emociones negativas hacia el paciente a fin de que estas últimas no interfieran entre ambos (Elder et al., 2006) erosionan el bienestar y la satisfacción del profesional (Martínez-Íñigo et al., 2007) debido a la sobrecarga adicional que ocasiona todo este proceso en este último.

En esta línea, algunos trabajos hacen hincapié en la importancia que tiene sobre los efectos de la relación con el paciente y del bienestar del profesional, el que este último sea capaz de reconocer la presencia de ese tipo de emoción frente a determinados pacientes. En general, el médico se resiste a reconocer la experiencia de sensaciones negativas como la culpa, el enojo, la frustración o la insatisfacción (Crutcher y Bass, 1980; Staley, 1991), el experimentar inseguridad, irritación, amenaza, rechazo o inutilidad (Salgado 2008) así como la sensación de falta de control, enojo y depresión ante los pacientes (Jain et al., 1999).

Asimismo, algunos autores plantean la importancia de reconocer la presencia de sentimientos negativos que provocan los pacientes *HSMI* en los EMFyC como primer paso para tener la situación bajo control (Malcolm, Foster y Smith, 1977) y la importancia de ello para el proceso terapéutico (Grant, 1980) y en el diagnóstico y

tratamiento (Gillam, 1984). De acuerdo a esta idea, el Trabajo emocional y el conocimiento acerca de las estrategias de regulación emocional puede proporcionar recursos a los médicos que le permitan activar procesos empáticos con sus pacientes (Larson y Yao, 2005) y que esto disminuya los efectos negativos sobre sus niveles de bienestar.

Así, se enfatiza en que el reconocimiento de los sentimientos provocados por estos pacientes tales como frustración, impotencia y resentimiento, permite al médico separar esas emociones de los pacientes y poder controlar sus actitudes y prejuicios hacia los mismos, dado que dichas emociones amenazan personal y profesionalmente al médico.

Por otra parte, el tipo de emoción sentida por el médico también incide sobre el quehacer del profesional en el sentido de que las emociones experimentadas por el médico repercuten en el diagnóstico y tratamiento de los mismos hacia sus pacientes. En esta línea Nimnuan et al., (2000) comprueban que cuando los médicos perciben de forma positiva la interacción con los pacientes, es más probable que determinen un diagnóstico de *SME*, y cuando la perciben de forma negativa se asocia con un incremento en la probabilidad de determinar que estos síntomas son médicamente inexplicables.

De esta forma y según lo expuesto en este apartado, la experiencia emocional negativa frente a este tipo de pacientes deriva en un agotamiento de recursos emocionales del médico, como consecuencia de los esfuerzos requeridos por parte del mismo para regular la expresión de dichas emociones. El profesional debe destinar parte de sus recursos personales en gestionar la expresión de emociones negativas hacia el paciente y así conseguir que éstas no interfieran la relación con el paciente, dado que ello incide también en su desempeño profesional tal y como se verá a continuación.

4.2.2.3. La imposibilidad de explicar la etiología de los síntomas los pacientes hiperfrecuentadores con síntomas médicamente inexplicables y sus efectos sobre la eficacia profesional

Como se mencionó en el apartado 3.2.2, la “incertidumbre médica” (Schwenk et al., 1989) ante los pacientes *HSMI* es una respuesta del médico está asociada a la imposibilidad de resolver la etiología de los síntomas de este tipo de paciente y, por tanto, encontrar un tratamiento adecuado para la “desaparición” de dichos síntomas - objetivo final del médico según el modelo biomédico-. Ello tiene repercusiones negativas sobre el bienestar y la eficacia del EMFyC.

Por un lado, se considera que las altas demandas y el desconcierto sufrido por el médico ante la imposibilidad de dar una respuesta médica a este tipo de paciente contribuyen al desarrollo del síndrome de *burnout* (Cherniss, 1980; Gerrity et al., 1990). La no respuesta a su compleja sintomatología deriva en que dichos pacientes retornen repetidamente a consulta y aumenten la carga de trabajo de los mismos (Levinson et al., 1993; Lin et al., 1991; Steinmetz y Tabenkin, 2001). Ello aumenta la sobrecarga de trabajo y una sensación de falta de control en los médicos frente a los mismos, lo cual provoca malestar en los EMFyC (Schwenk et al., 2001). En este sentido, esta situación cumple con el supuesto del modelo de Karasek (1979) donde los altos requerimientos de la actividad laboral conjuntamente con la imposibilidad de gestionar su ejecución afectan de forma negativa el bienestar de los trabajadores.

Por otro lado, otros trabajos sobre las consecuencias de la atención a pacientes *HSMI* indagan los efectos que éstos ocasionan sobre la percepción de eficacia del profesional. Según la perspectiva biomédica, los EMFyC procuran soluciones médicas a fin de resolver problemas físicos u orgánicos causados por un virus, parásito o bacteria,

entre otros (Pérez-López, 2011). Cuando la enfermedad desaparece, este hecho se convierte en signo de la eficacia profesional (Wilson, 2005).

De acuerdo a esta línea, los médicos esperan resolver las enfermedades o las quejas somáticas de los pacientes en general, a través de un diagnóstico y un tratamiento médico apropiados. Cuando se enfrentan a los pacientes *HSMI*, la cantidad y vaguedad de sus síntomas les producen frustración frente a su propia inhabilidad de poder hacer un diagnóstico de lo que les ocurre, dado que estos pacientes no se ajustan a las suposiciones *a priori* del modelo biomédico según el cual para una causa orgánica, existe un tratamiento médico que cura la enfermedad (Schwenk y Romano, 1992). Esto hace que los EMFyC se sientan ineficaces (Mas et al., 2003; Hahn, 2001) y contradice el supuesto de que en la consulta médica es él quien domina y controla la situación (Haas et al, 2005; Elder et al., 2006).

En este contexto, tiene lugar un reforzamiento de la frustración que despierta este tipo de paciente mencionado en el apartado anterior, desarrollando un espiral de pérdida de recursos (Hobfoll, 1989) derivado tanto de la imposibilidad de afrontar la resolución médica de la problemática del paciente como de los sentimientos de impotencia ante este hecho.

En ocasiones, ante estas circunstancias que imposibilitan el cumplimiento de su rol profesional, el médico intenta resolver los síntomas a través de diversos tratamientos físicos (Epstein et al., 2006; Ring et al., 2004), los cuales no siempre son solicitados o responden a las necesidades del paciente, dando paso a intervenciones y tratamientos somáticos de forma desproporcionada (Barsky, Ettner, Horsky y Bates, 2001; Stanley, Peters y Salmon, 2002; Salmon et al., 2005). Por más que se asume que los pacientes con *SME* tienen una base orgánica de sus síntomas y los *SMI* una base psicosocial

(Nimnuan et al, 2000; Sharpe y Bass, 1992), los médicos investigan, y en ocasiones de forma innecesaria, a estos últimos. De esta forma, el paciente recibe una cantidad de tratamientos que no siempre son solicitados por ellos y tampoco responden al origen del problema. (Page y Wessely, 2003; Zantinge et al, 2005). Toda esta situación parece reflejar que los médicos se preocupan más por sus errores de omisión que de comisión (Todd, 1984).

En cuanto a la eficacia frente a pacientes *HSMI*, también se demuestra la influencia del estilo de médico en la resolución de la problemática de estos pacientes y en la consecuente percepción de eficacia por parte del profesional. Frente a los mismos, los médicos utilizan estrategias de comunicación menos centradas en el paciente (*Patient-Centered Communication*), situación que conduce a que los encuentros con estos pacientes sean menos exitosos ya que no siempre atienden a las necesidades o a la resolución de la problemática del paciente (Elder et al., 2006). En esta línea Smucker et al., (2001) plantean que la disonancia relacional o falta de entendimiento entre el médico y el paciente, determina una mejor o peor resolución de la consulta de este último por parte del profesional. Desde esta perspectiva, la eficacia del médico (por ejemplo, en cuanto a las indicaciones o tratamiento que le prescriba al paciente) no está dada exclusivamente por la problemática del paciente, sino por la posibilidad del médico de comprender y hacerse entender por el paciente (Smucker et al., 2001).

En función de lo expuesto en este apartado, se considera que la atención a pacientes *HSMI* compromete la eficacia del médico dado que, ante la incertidumbre provocada por la etiología poco clara de los síntomas de dichos paciente, el médico no cuenta con los recursos suficientes para resolver satisfactoriamente esta situación. Así, intenta fallidamente, bien conseguir un entendimiento con el mismo a través de sus habilidades comunicacionales, bien prescribir tratamientos que no conducen a solucionar el

problema médico de este tipo de paciente debido a al origen psicosocial de sus síntomas. Bajo estas circunstancias, el médico nuevamente no consigue revertir la situación de pérdida de recursos en la interacción con el paciente debido a que las estrategias de afrontamiento que utiliza no le permiten satisfacer las demandas del paciente.

4.2.2.4. El estrés del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria en función del tipo de síntoma del paciente

Si bien se ha documentado la existencia de altas demandas, experiencia emocional negativa e ineficacia profesional ante los pacientes *HSMI*, en el estudio del estrés de los EMFyC existen pocos trabajos que analizan los niveles de malestar y satisfacción del médico en función de la sintomatología del paciente (Linzer et al., 2002; Williams et al., 2002; Zantinge et al., 2005).

Zantinge et al., (2005) encuentran que los pacientes con problemas de origen psicosocial generan una demanda superior en los médicos, en comparación con los pacientes con problemas orgánicos, a la vez que consultan el doble de veces que estos últimos. Estos resultados apoyan lo puntualizado previamente acerca del alto nivel de demanda que implica cada consulta con los mismos. En la misma línea, Linzer et al., (2002) comprueban que la atención a pacientes con problemática psicosocial predice los niveles de estrés del médico. Por su parte, en el estudio de Williams et al., (2002) analizaron el impacto de algunas características del médico, de sus condiciones laborales y del tipo de paciente, sobre los niveles de estrés y satisfacción del profesional y, a su vez, cómo estos aspectos predecían la salud física y mental del mismo. Los resultados de este estudio no confirman la presencia de diferencias en el estrés o en la satisfacción del médico según la sintomatología del paciente.

De acuerdo a los datos de estas investigaciones, parece ser que la atención a pacientes *SMI* se asocia con peores niveles de bienestar, en comparación con cómo afectan al profesional los pacientes con *SME* (Linzer et al., 2002; Zantinge et al., 2005). No obstante, el estudio de Williams et al., (2002) no es concluyente en cuanto a que las características etiológicas de los pacientes afecten de forma significativa los niveles de estrés del EMFyC.

Cabe destacar que la metodología utilizada para la comprobación de los resultados de estos estudios ha sido la de encuesta. Como se verá en el bloque empírico de este trabajo, el estudio realizado analiza el impacto de la atención a los diferentes pacientes sobre el profesional, a través de la metodología de diario.

4.2.2.5. Características de los Especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria que potencian los efectos negativos de la atención a pacientes hiperfrecuentadores con síntomas médicamente inexplicables

Como se especificó en el apartado 3.2. algunos trabajos analizan la relación de los médicos con los pacientes *HSMI* desde una perspectiva relacional, aludiendo a la existencia de encuentros difíciles entre ambos. Así, en este apartado se exponen los trabajos que indagan el impacto negativo de la relación con los pacientes *HSMI* para los médicos, incorporando el estudio de algunas características del profesional y del entorno laboral que potencian los resultados negativos de dicha relación.

Por un lado, algunos trabajos documentan que el sentirse frustrado frente a los pacientes *HSMI* se asocia a ser mujer, tener una menor edad, estar menos satisfecho laboralmente, y tener peores indicadores de salud mental (An et al., 2009; Haas et al, 2005; Jackson y Kroenke, 1999; Krebs et al., 2006; Mathers et al., 2005). Por otra parte

y en relación con la edad, una mayor antigüedad y la experiencia de trabajo atenúan la dificultad que tienen los médicos para atender a los pacientes con *HSMI* (Crutcher y Bass, 1980; Hahn, 2001; Steinmetz y Tabenkin, 2001).

Según estos datos, parece ser que una mayor edad y experiencia laboral permiten desarrollar mejores estrategias de afrontamiento ante este tipo de paciente. A su vez, se ha comprobado que el hecho de contar con bajos recursos, por ejemplo, presentar bajos indicadores de salud mental y de satisfacción en el trabajo, favorece una espiral que aumenta el riesgo de pérdida del bienestar al experimentar sentimientos negativos frente a este tipo de paciente (Hobfoll y Lilly, 1993) como se mencionó en el apartado 4.2.2. Paralelamente puede existir una asociación entre una menor antigüedad laboral y tener peores condiciones de trabajo relacionadas, por ejemplo, a una mayor sobrecarga laboral en médicos que acaban de comenzar a ejercer su profesión, contexto que agudiza la dificultad del profesional en la atención a este tipo de paciente (Pérez-López, 2011). En consonancia con lo anterior, una menor antigüedad asociada a una mayor sobrecarga laboral, imposibilita una resolución satisfactoria de las demandas de los pacientes *HSMI* y potencian la frustración sentida por los profesionales hacia los mismos.

Por otra parte, tal y como se describió en el apartado 3.2.2.1, el estilo de médico tiene incidencia en la eficacia del médico respecto a la atención de pacientes *HSMI*. Algunos trabajos demuestran que aquellos médicos que tienen dificultades en el abordaje de la realidad psicosocial del paciente se sienten más frustrados frente a los pacientes *HSMI* (Jackson y Kroenke, 1999; Krebs et al., 2006). Ante la carencia de estas habilidades en el médico, algunos autores afirman que no todos los médicos están dispuestos a realizar una evaluación del paciente más allá de sus requerimientos médicos, debido a las consecuencias que puede acarrear para el profesional el indagar sobre aspectos del paciente que vayan más allá de ese ámbito. En este sentido, el acceso

a las problemáticas no médicas de los pacientes puede ocasionar en los profesionales una sensación de pérdida de control sobre sí mismos, sensaciones de impotencia al no conseguir que la relación con el paciente avance desde un punto de vista médico, o el temor de abrir la “caja de Pandora” de dicho paciente (Corney et al., 1988).

Asimismo, algunos prejuicios del profesional acerca de este tipo de paciente acaban incidiendo sobre el primero. De esta forma, los sentimientos de frustración del médico frente a los pacientes *HSMI* surgen también como consecuencia de los dilemas éticos del profesional derivados del cuestionamiento que este último hace respecto al uso inapropiado de los recursos de salud por parte de estos pacientes (Al-Othman et al., 2008; Simon, 1999). Algunas investigaciones encuentran que frente a los pacientes *HSMI*, los médicos responden de forma crítica, poniendo en duda la legitimidad de los requerimientos de los mismos (Salmon et al., 2007). Dicha reacción puede atribuirse a un mecanismo de auto protección del médico, a la vez que proyectan la culpa en la víctima (Staley, 1991). Estos cuestionamientos hacen en que, en ocasiones, el profesional se enfrente a un abandono terapéutico hacia este tipo de paciente, derivado conjuntamente de los esfuerzos que le implica el mantener una alianza terapéutica con los mismos, y de que los pacientes no siguen las indicaciones o tratamientos que el profesional le prescribe. En función de estas circunstancias, los médicos les ofrecen una menor atención para diagnosticar los múltiples problemas clínicos que presentan, enfrentando al profesional al dilema de no dedicarse por entero a la búsqueda del bienestar del paciente (Weiss y Dyer, 2003).

Nuevamente el médico está expuesto a una situación demandante derivada de la atención a estos pacientes, la cual debe resolver para no poner en riesgo su compromiso hacia el cuidado del paciente. En este sentido, las opiniones o prejuicios que el médico

tiene sobre los pacientes *HSMI* vinculados al uso inapropiado de los servicios de salud también le implican una sobrecarga en su interacción con los mismos.

4.2.3. Relación entre estrés y burnout en los Especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria

Algunos trabajos sobre el estrés en EMFyC también dan cuenta de la relación entre éste y el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo o síndrome de *burnout* (*burnout* en adelante) en estos profesionales. Teniendo en cuenta que el *burnout* surge como consecuencia de la aplicación de estrategias de afrontamiento disfuncionales al estrés laboral que se mantiene a lo largo del tiempo (Maslach, Shaufeli y Leiter, 2001), es de esperar que la cronicidad de algunos estresores, como la atención a los pacientes *HSMI*, tengan mayores repercusiones negativas para el bienestar del trabajador y para la eficacia de la organización.

Este síndrome se compone de tres factores: el agotamiento emocional, la despersonalización o cinismo y el logro personal (Maslach y Jackson, 1981).

El componente de agotamiento emocional se refiere a la situación en la cual el trabajador siente que no puede dar más de sí desde el punto de vista afectivo. Estas circunstancias se originan cuando el profesional ha agotado sus recursos de autorregulación en la interacción con el paciente. Algunas de las consecuencias de esto es la baja satisfacción, el bajo compromiso del profesional con el paciente y la organización y el deterioro de la salud mental del profesional, entre otros aspectos que ya se han aludido previamente (Williams et al., 2006).

La despersonalización se refiere a las actitudes o sentimientos negativos del trabajador hacia el usuario con el que interactúa, deshumanizándole y relacionándose

con él con cierto cinismo. Se produce así una distancia entre el médico y el paciente, distancia a través de la cual el médico intenta reducir la carga de trabajo que le produce la relación. Así lo demuestran Bakker et al., (2000) en un estudio longitudinal, dando cuenta la relevancia de este componente en los EMFyC a través de la predicción de los niveles de demanda de un paciente en función de los niveles de despersonalización del médico. El origen de esta situación se explica a través de, por un lado, el hecho de que las actitudes cínicas o la distancia del médico hacia el paciente protegen al médico del agotamiento emocional y por otro, porque estas actitudes deshumanizadas provocan comportamientos exigentes por parte del primero debido a que percibe que el profesional le ignora o no se interesa por su salud.

Por último, el componente de logro personal o, mejor dicho, la falta de percepción de logro o realización personal se vinculan a la autoevaluación negativa que hace el trabajador sobre su propio quehacer profesional (Gil-Monte, 2002). Cuando tiene lugar este sentimiento de falta de realización personal, el trabajador se siente incapaz para realizar su trabajo adecuadamente o siente que la realización del mismo no tiene efectos positivos o carece de sentido.

Existen diferentes explicaciones acerca del origen y desarrollo del síndrome en función de la relación de sus tres componentes. En cuanto al *burnout* en el EMFyC, se afirma que, en la interacción con los pacientes, se produce un agotamiento de los recursos emocionales de los profesionales, desembocando en un comportamiento cínico hacia aquellos (despersonalización) que conduce a una autoevaluación negativa por parte del profesional (disminución del logro personal) (Lee, Brotheridge y Lovell, 2010).

Desde esta perspectiva, los estresores surgidos del contacto interpersonal con pacientes problemáticos o *HSMI* mencionados en los apartados anteriores se asocian fuertemente al agotamiento emocional (Leiter, 1993). Así, el médico agota sus recursos emocionales en la interacción con estos pacientes como consecuencia de sus excesivas demandas interpersonales, hecho que conduce al profesional a establecer relaciones impersonales con los mismos, lo cual va en detrimento de su realización en el trabajo (Leiter y Maslach, 1988).

4.2.4. Efectos del estrés y el burnout del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria sobre el paciente

En cuanto al estrés y el *burnout* en EMFyC, ambas situaciones tienen repercusiones negativas para el bienestar del trabajador y también para la calidad del servicio o atención que presta a los pacientes.

En esta línea, algunos autores documentan que existe una relación entre la satisfacción del médico y la del paciente (DiMatteo et al., 1993; Linn et al., 1986). El que el médico presente altos índices de estrés y de *burnout* hace que disminuya su empatía hacia el paciente y la comunicación centrada en este último (*Patient-centered communication*) (Passalacqua, 2011). Esta situación compromete la calidad de la interacción con los pacientes, repercutiendo de forma negativa sobre la relación entre ambos, lo que a su vez deriva en una disminución de la percepción de logro personal (Lee et al., 2010). Desde esta perspectiva, la salud del profesional afecta significativamente la relación con sus pacientes y la calidad de su trabajo.

De acuerdo a la relación que se da entre el bienestar del EMFyC y la calidad del servicio, algunos autores plantean que la misma habilita a que, entre médico y paciente,

se instauren círculos acordes a las características de los dos aspectos mencionados – bienestar y calidad-. Así pueden generarse círculos virtuosos o viciosos entre ambos actores (Williams et al., 2006). Un círculo virtuoso se origina cuando el médico consigue controlar su estrés, es más efectivo con sus pacientes y éstos últimos están más satisfechos con el profesional (Stewart, 1995). Esta situación es beneficiosa para ambos actores, dado que una mayor conformidad con el médico por parte del paciente retroalimenta positivamente al profesional.

Por el contrario, cuando se establece un círculo vicioso, los mecanismos de afrontamiento del médico no son suficientes para satisfacer las demandas de los pacientes, lo que hace que las mismas aumenten aún más el estrés del profesional.

En los círculos viciosos coexisten, por un lado, una baja reciprocidad del paciente hacia el profesional, situación que refuerza las demandas de dicho paciente puesto que no permite al médico recuperar los recursos invertidos en la relación con aquel. Estas circunstancias dan lugar a un mayor agotamiento emocional y despersonalización en el profesional (Bakker et al., 2000). Paralelamente, cuando el paciente percibe el cinismo o despreocupación por parte del profesional derivado del trato impersonal que le ofrece -producto a su vez de una falta de reciprocidad de dicho paciente- aumentan las exigencias de este último, dado que considera que su médico no se interesa por su problemática. Todo ello favorece el aumento del agotamiento emocional del médico debido a que el círculo vicioso se refuerza en esa dinámica entre altas demandas del paciente e imposibilidad de recuperar recursos por parte del profesional (Williams et al., 2006).

Según lo planteado por Williams et al., (2006) y en consonancia con el modelo de Demandas-Recursos Laborales (Demerouti et al., 2001), cuando se instaura un círculo

vicioso entre el médico y el paciente, las altas demandas por parte de los pacientes y la imposibilidad de recuperación de los recursos invertidos por el médico en el afrontamiento de las mismas, dan origen a una relación negativa entre ambos caracterizada por una disminución en el bienestar del profesional y asociado a una baja satisfacción por parte del paciente. De esta forma, hay una relación positiva entre las altas demandas de los pacientes y el malestar del profesional, y, paralelamente, una relación negativa entre la reciprocidad de dicho paciente y el malestar del profesional.

En este sentido, y como se verá en el apartado empírico de este trabajo, en el estudio realizado se pretende contrastar la dinámica de este círculo vicioso entre médico y paciente a través de los niveles de bienestar del médico en función de las demandas y retroalimentación positiva del paciente.

Todo ello guarda relación también con lo expuesto en el apartado a continuación.

4.2.5. La interacción con el paciente como mecanismo para la recuperación de recursos

En este apartado se recogen aquellos estudios que confirman el papel de las interacciones sociales positivas, incluidas la relación médico-paciente, como mecanismo de recuperación de recursos y, por tanto, como factor de protección frente a la exposición a las altas demandas de su actividad laboral.

Previamente se han descrito algunos de los factores asociados al origen del malestar en los EMFyC, dentro de los cuales se incluye la atención a pacientes *HSMI*. De forma general se afirma que el análisis de los aspectos relacionados al mantenimiento o incremento del bienestar de dichos profesionales recibe poca atención en la literatura existente dado que la mayoría de los trabajos se centran en el establecimiento de las

causas que anteceden al malestar. De acuerdo a esta situación, actualmente existe poca evidencia empírica respecto a las circunstancias que se asocian al aumento o mantenimiento del bienestar en este colectivo (Arnetz, 2001; Shanafelt et al., 2005; Wallace y Lemaire, 2007).

Algunas investigaciones se centran en el estudio de las relaciones sociales cercanas al médico como un elemento que incide sobre los niveles de bienestar y de satisfacción del mismo. Así, algunos trabajos comprueban que el apoyo de los compañeros de trabajo (Freeborn, 2001; Johnson et al., 1995; Linzer et al., 2000; Sutherland y Cooper, 1993) y de la pareja (Geurts, Rutte y Peeters, 1999; Shanafelt, Sloan, Habermann, 2005) tienen una relación positiva con el bienestar de los profesionales y negativa con el estrés (Linzer et al., 2002; Williams et al., 2002).

Respecto a la interacción con los pacientes, en la mayoría de los trabajos se hace hincapié en la necesidad de que médico y paciente tengan una buena comunicación por las repercusiones terapéuticas que ello pueda tener sobre el paciente. Así y como se especificó en el apartado 3.2.2.1, la empatía y las habilidades comunicacionales del médico son fundamentales para conseguir efectos positivos en la relación con sus pacientes (Miller, Stiff y Ellis, 1988). No obstante, hay una proporción bastante menor de trabajos que analizan y verifican el impacto de la interacción positiva del paciente (*positive patient interactions*) sobre la satisfacción y el bienestar del profesional (Halbesleben, 2006; Linzer et al., 2000; McMurray et al., 1997; Petrozzi, Rosman, Nerenz y Young, 1992; Ratanawongsa, Wright y Carrese, 2008; Wallace y Lemaire, 2007).

En esta línea, algunos autores demuestran que una baja reciprocidad o retroalimentación positiva por parte del paciente contribuye al desarrollo del síndrome

de *burnout* por parte del médico (Schaufeli et al., 1996). Este último percibe una desigualdad entre lo demandado por el paciente y la correspondencia que éste ofrece al profesional (Bakker, Schaufeli, Sixma, Bosveld y Van Dierendonck, 2000; Smets, Visser, Oort, Schaufeli, y De Haes, 2004).

Por otra parte, y en cuanto a las investigaciones que analizan el impacto de la interacción positiva entre médico y paciente sobre el bienestar del profesional, no se han encontrado datos suficientes que confirmen si estas consecuencias varían en función de las características del paciente relacionadas a su frecuentación y tipo de síntomas. En este sentido, el estudio empírico pretende aportar evidencia respecto a cómo incide la reciprocidad del paciente sobre los niveles de bienestar en función del tipo de paciente.

CAPÍTULO 5

5. Hipótesis

A continuación, se exponen las hipótesis que el estudio pretende contrastar de acuerdo con los objetivos planteados, las cuales, a su vez, se dividen en dos bloques. El primero de ellos incluye el análisis de los efectos del tipo de paciente sobre el bienestar y la percepción de eficacia del profesional y el segundo, las hipótesis derivadas de los modelos de COR (Hobfoll, 1989) y Demandas-Recursos Laborales (Demerouti et al., 2001).

5.1. Efectos del tipo de paciente sobre el Bienestar y la Percepción de eficacia del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria

Tal y como se mencionó en el capítulo 1, como objetivo general la investigación pretende comprobar qué efectos tienen la frecuentación y el tipo de síntomas del paciente sobre los niveles de bienestar y de eficacia percibida por el profesional.

En cuanto a los efectos sobre el bienestar del EMFyC, tras cada interacción médico-paciente se evaluaron el agotamiento emocional del médico, la demanda del paciente percibida por el médico, la retroalimentación positiva del paciente y el tipo de emoción experimentada por el médico. También se midió la percepción de eficacia del profesional acerca de la calidad de la atención a cada paciente.

De esta forma y en relación con el primer objetivo específico de esta investigación, se analiza la incidencia de la frecuentación del paciente (*HF*s vs *NF*s) y del tipo de síntomas (*SMI* vs *SME*) sobre el bienestar y la eficacia percibida por el profesional.

En función de la literatura previa acerca del impacto de la atención a pacientes con una alta frecuentación, sintomatología médicamente inexplicable, pacientes difíciles, entre otros, sobre el bienestar y la eficacia del profesional, es de esperar que frente a pacientes *HF*s y *SMI* los niveles de las variables relacionadas a estos aspectos se vean disminuidos, en comparación a cuando atienden a pacientes *NF*s y con *SME*.

El segundo objetivo específico de este estudio es incorporar el análisis de variables relacionadas con el EMFyC y que inciden sobre los efectos de la relación con pacientes *HSMI*.

De acuerdo a algunos trabajos que consideran el estudio de la relación médico-paciente desde una perspectiva de “encuentro difícil” ante los pacientes *HSMI*, es de esperar que la percepción del EMFyC acerca de las características de la frecuentación y el tipo de síntomas de dicho paciente tenga un rol significativo en los efectos sobre el profesional.

Para el cumplimiento de este segundo objetivo, se ha planteado una triple clasificación de los pacientes a efectos de verificar si la percepción del EMFyC acerca de dichas características del paciente permite predecir mejor los niveles de bienestar y de eficacia percibida por el profesional. Así, se ha clasificado a todos los pacientes en función de su frecuentación y tipo de síntomas según un criterio subjetivo (opinión del médico), criterio objetivo (catalogación del paciente a través de criterios externos al médico) y conjunto (solapamiento de los dos criterios mencionados previamente). A

continuación se exponen las especificidades de cada clasificación, las cuales se resumen en las tablas Tabla 2 y Tabla 3 y se amplían en el apartado 6.3.2.1.

Desde el criterio subjetivo o basado en la opinión del EMFyC, el paciente es *HF*s cuando el profesional le clasifica como tal, y presenta *SMI* cuando el médico considera que es un somatomorfo y no asiste a la consulta por una enfermedad orgánica específica, pudiendo ser o no, un paciente crónico. Desde el criterio objetivo o externo al profesional, el paciente es *HF*s cuando visita al médico más de 12 veces en un año y/o más de 6 veces en 6 meses. Desde este criterio también, el paciente padece *SMI* cuando cumple con los criterios diagnósticos de un cuestionario que detecta la presencia de un trastorno somatomorfo. Desde el criterio conjunto, se le consideró *HF*s y con *SMI* cuando coinciden los criterios subjetivo y objetivo.

Tabla 2. Características de la clasificación de la frecuentación del paciente en función de los tres criterios utilizados

	<i>Criterio subjetivo</i>	<i>Criterio objetivo</i>	<i>Criterio conjunto</i>
	Opinión del médico sobre si hiperfrecuenta	Visitas último año	Opinión del médico y Visitas último año
<i>Frecuentación</i>			
Hiperfrecuentador	Sí	>12 y/o > 6 visitas en el último año	Solapamiento de los dos criterios anteriores
Normofrecuentador	No	< 6 visitas en el último año	Solapamiento de los dos criterios anteriores

Tabla 3. Características de la clasificación del tipo de síntomas del paciente en función de los tres criterios utilizados

	<i>Criterio subjetivo</i>	<i>Criterio objetivo</i>	<i>Criterio conjunto</i>
	Opinión del médico sobre el motivo de consulta	Cuestionario SOMS-2	Opinión del médico y cuestionario SOMS-2
<i>Tipo de síntomas</i>			
Síntomas médicamente inexplicables	-Somatomorfo	-Padecer síntoma	Solapamiento de los dos criterios anteriores
	-No consultar por enfermedad orgánica	-Presentarse antes de los 30 años de edad	
	-Posible crónico	-Consultar al médico	
		Hombres ≥ 4 síntomas	
		Mujeres ≥ 6 síntomas	
Síntomas médicamente explicables	-No somatomorfo		Solapamiento de los dos criterios anteriores
	-Consulta por enfermedad orgánica	No cumplir con los criterios del SOMS-2	
	-Posible crónico		

En función de estas clasificaciones sobre el tipo de paciente, se espera obtener diferencias significativas en las variables relacionadas al bienestar y a la percepción de eficacia del profesional, cuando el paciente es clasificado como *HF*s o con *SMI* desde los criterios que incluyen la opinión del médico acerca de las características del paciente - criterio subjetivo y conjunto-.

A continuación se enuncian las hipótesis relacionadas con los efectos del tipo de paciente sobre el bienestar y el desempeño profesional del EMFyC y que tienen en cuenta la clasificación del paciente en función de los criterios mencionados.

5.1.1. Efectos del tipo de paciente sobre el Agotamiento Emocional del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria

Para conocer los efectos de la atención a diferentes tipos de paciente sobre el agotamiento emocional del médico, se busca comprobar si existen diferencias significativas en los niveles de dicha variable dependiendo de las características de la frecuentación y tipo de síntomas de éstos. Dichos efectos se analizan según las clasificaciones de paciente realizadas desde el criterio subjetivo, el criterio objetivo y del criterio conjunto, para los factores frecuentación y tipo de síntomas.

Para cumplir estos objetivos se plantean las siguientes hipótesis:

H1.a. Cuando la frecuentación se evalúa desde el criterio subjetivo, el nivel de agotamiento emocional del médico tras la consulta será significativamente mayor para el grupo de los *HF*s que para el de los *NF*s.

H1.b. Cuando la frecuentación se evalúa desde el criterio objetivo, la diferencia en el nivel de agotamiento emocional del médico para los pacientes *HF*s y para los *NF*s no será estadísticamente significativa.

H1.c. Cuando la frecuentación se evalúa desde el criterio conjunto, el nivel de agotamiento emocional del médico tras la consulta será significativamente mayor para el grupo de los *HF*s que para el de los *NF*s.

H1.d. Cuando el tipo de sintomatología se evalúa desde el criterio subjetivo, el nivel agotamiento emocional del médico tras la consulta será significativamente mayor para el grupo de pacientes con *SMI* que con *SME*.

H1.e. Cuando el tipo de sintomatología se evalúa desde el criterio objetivo, la diferencia en el nivel de agotamiento emocional del médico para los pacientes *SMI* y para los *SME* no será estadísticamente significativa.

H1.f. Cuando el tipo de sintomatología se evalúa desde el criterio conjunto, el nivel de agotamiento emocional del médico tras la consulta será significativamente mayor para el grupo de pacientes con *SMI* que con *SME*.

5.1.2. Efectos del tipo de paciente sobre la Demanda del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria

También se pretende comprobar si la frecuencia de visitas de un paciente y el tipo de sintomatología que presenta afectan al nivel de demanda del paciente percibida por el médico.

H2.a. Cuando la frecuentación se evalúa desde el criterio subjetivo, el nivel de demanda percibida por el médico tras la consulta será significativamente mayor para el grupo de los *HF*s que para el de los *NF*s.

H2.b. Cuando la frecuentación se evalúa desde el criterio objetivo, la diferencia en el nivel de demanda percibida por el médico tras la consulta para los pacientes *HF*s y para los *NF*s no será estadísticamente significativa.

H2.c. Cuando la frecuentación se evalúa desde el criterio conjunto, el nivel de demanda percibida por el médico tras la consulta será significativamente mayor para el grupo de los *HF*s que para el de los *NF*s.

H2.d. Cuando el tipo de sintomatología se evalúa desde el criterio subjetivo, el nivel de demanda percibida por el médico tras la consulta será significativamente mayor para el grupo de pacientes con *SMI* que con *SME*.

H2.e. Cuando el tipo de sintomatología se evalúa desde el criterio objetivo, la diferencia en el nivel de demanda percibida por el médico tras la consulta para los pacientes *SMI* y para los *SME* no será estadísticamente significativa.

H2.f. Cuando el tipo de sintomatología se evalúa desde el criterio conjunto, el nivel de demanda percibida por el médico tras la consulta será significativamente mayor para el grupo de pacientes con *SMI* que con *SME*.

5.1.3. Efectos del tipo de paciente sobre la Retroalimentación del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria

Además, se busca verificar si el tipo de paciente, en función de sus características de frecuentación y tipo de sintomatología, afecta de forma significativa los niveles de retroalimentación positiva del paciente percibida por el médico.

H3.a. Cuando la frecuentación se evalúa desde el criterio subjetivo, el nivel de retroalimentación positiva del paciente percibida por el médico tras la consulta será significativamente menor para el grupo de los *HF*s que para el de los *NF*s.

H3.b. Cuando la frecuentación se evalúa desde el criterio objetivo, la diferencia en el nivel de retroalimentación positiva del paciente percibida por el médico para los *HF*s y para los *NF*s no será estadísticamente significativa.

H3.c. Cuando la frecuentación se evalúa desde el criterio conjunto, el nivel de retroalimentación positiva del paciente percibida por el médico tras la consulta será significativamente menor para el grupo de los *HF*s que para el de los *NF*s.

H3.d. Cuando el tipo de sintomatología se evalúa desde el criterio subjetivo, el nivel de retroalimentación positiva del paciente percibida por el médico tras la consulta será significativamente menor para el grupo de pacientes con *SMI* que con *SME*.

H3.e. Cuando el tipo de sintomatología se evalúa desde el criterio objetivo, la diferencia en el nivel de retroalimentación positiva del paciente percibida por el médico para los pacientes *SMI* y para los *SME* no será estadísticamente significativa.

H3.f. Cuando el tipo de sintomatología se evalúa desde el criterio conjunto, el nivel de retroalimentación positiva del paciente percibida por el médico tras la consulta será significativamente menor para el grupo de pacientes con *SMI* que con *SME*.

5.1.4. Efectos del tipo de paciente sobre la Percepción de Eficacia del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria

En cuanto a los niveles de percepción de eficacia del médico tras atender a cada paciente, también se pretende verificar si los factores frecuentación y tipo de sintomatología del mismo tienen efectos significativos sobre dicha variable.

H4.a. Cuando la frecuentación se evalúa desde el criterio subjetivo, el nivel de percepción de eficacia del médico tras la consulta será significativamente menor para el grupo de los *HF*s que para el de los *NF*s.

H4.b. Cuando la frecuentación se evalúa desde el criterio objetivo, la diferencia en el nivel de percepción de eficacia del médico para los *HF*s y para los *NF*s no será estadísticamente significativa.

H4.c. Cuando la frecuentación se evalúa desde el criterio conjunto, el nivel de percepción de eficacia del médico tras la consulta será significativamente menor para el grupo de los *HF*s que para el de los *NF*s.

H4.d. Cuando el tipo de sintomatología se evalúa desde el criterio subjetivo, el nivel de percepción de eficacia del médico tras la consulta será significativamente menor para el grupo de pacientes con *SMI* que con *SME*.

H4.e. Cuando el tipo de sintomatología se evalúa desde el criterio objetivo, la diferencia en el nivel de percepción de eficacia del médico para los pacientes *SMI* y para los *SME* no será estadísticamente significativa.

H4.f. Cuando el tipo de sintomatología se evalúa desde el criterio conjunto, el nivel de percepción de eficacia del médico tras la consulta será significativamente menor para el grupo de pacientes con *SMI* que con *SME*.

5.1.5. Efectos del tipo de paciente sobre el Tipo de emoción experimentada por el Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria

En cuanto al tipo de emociones que experimenta el EMFyC al atender a un paciente, se quiere comprobar si la frecuencia de visitas y el tipo de sintomatología de un paciente tienen efectos sobre las emociones sentidas por el médico, pudiendo ser estas positivas o negativas.

H5.a. Cuando la frecuentación se evalúa desde el criterio subjetivo, el nivel de emociones negativas experimentadas por el médico será significativamente mayor para los pacientes *HF*s que para los *NF*s.

H5.b. Cuando la frecuentación se evalúa desde el criterio objetivo, la diferencia en el nivel de emociones negativas experimentadas por el médico para los pacientes *HF*s y los *NF*s no será estadísticamente significativa.

H5.c. Cuando la frecuentación se evalúa desde el criterio conjunto, el nivel de emociones negativas experimentadas por el médico será significativamente mayor para los pacientes *HF*s que para los *NF*s.

H5.d. Cuando el tipo de sintomatología se evalúa desde el criterio subjetivo, el nivel de emociones negativas experimentadas por el médico será significativamente mayor para los pacientes con *SMI* que con *SME*.

H5.e. Cuando el tipo de sintomatología se evalúa desde el criterio objetivo, la diferencia en el nivel de emociones negativas experimentadas por el médico para los pacientes con *SMI* y con *SME* no será estadísticamente significativa.

H5.f. Cuando el tipo de sintomatología se evalúa desde el criterio conjunto, el nivel de emociones negativas experimentadas por el médico será significativamente mayor para los pacientes con *SMI* que con *SME*.

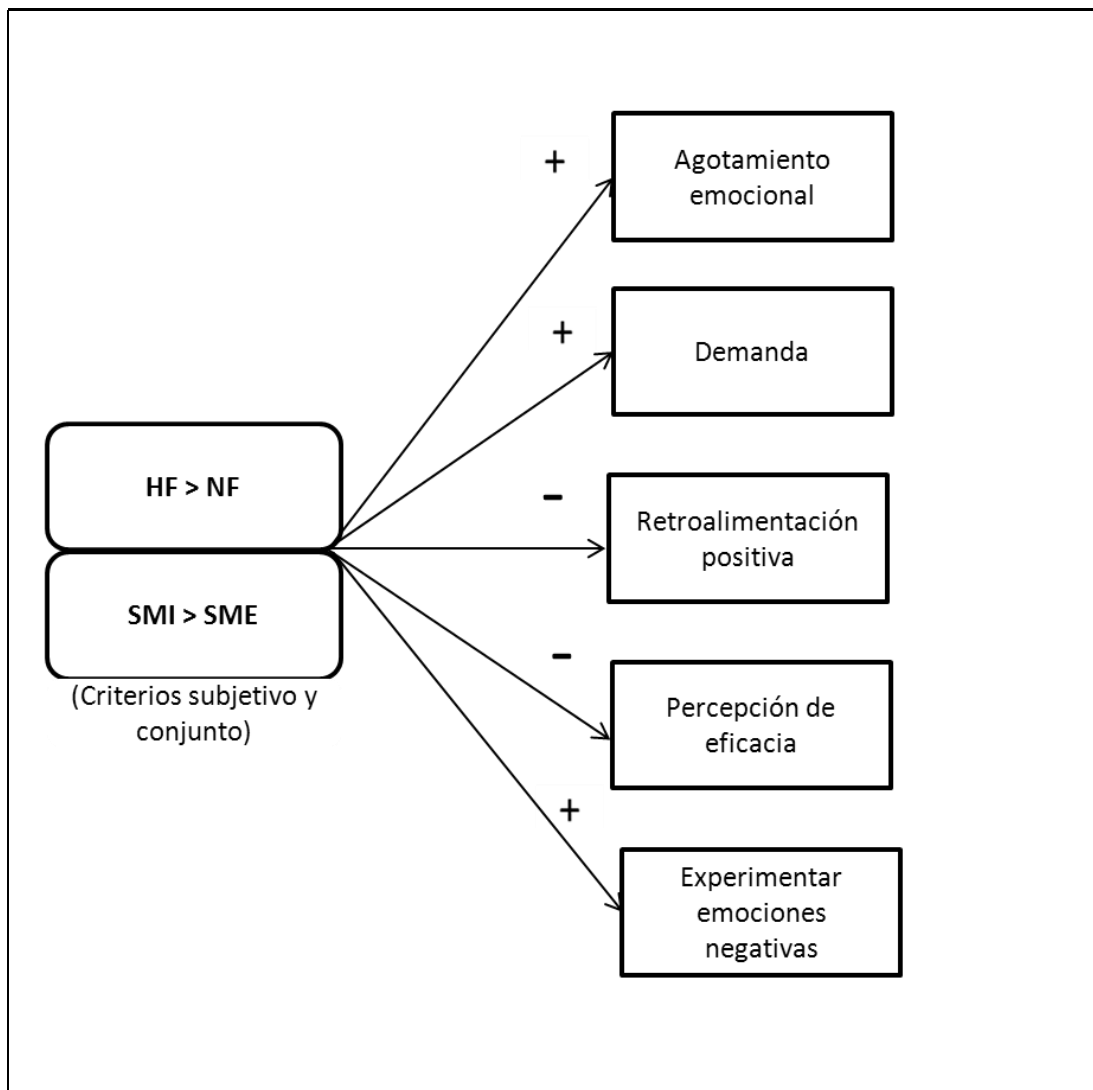


Figura 1. Resumen de las hipótesis de los efectos de la frecuentación y en función del tipo de síntomas sobre las variables de diario del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria

5.2. Moderación del tipo de paciente sobre el Agotamiento Emocional del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria

El tercer objetivo específico de este trabajo se plantea verificar hipótesis derivadas del modelo de COR expuesto en el apartado 1024.1.4. Dicho modelo plantea, de forma general, que el individuo procura conservar los recursos que posee o, de lo contrario, iniciar un proceso de recuperación de los que ha invertido. Desde este modelo, el estrés

se produce, bien en situaciones frente a las cuales se siente una amenaza de pérdida de estos recursos, bien ante la pérdida real de los mismos, o bien ante la no recuperación del equilibrio de recursos invertidos-beneficios obtenidos en determinada circunstancia.

De acuerdo a estas premisas, esta investigación considera que la relación con los pacientes es tanto una fuente de pérdida, como una posibilidad para restablecer los recursos que el EMFyC ha invertido en la interacción con los pacientes. En otras palabras, que la relación con los pacientes puede moderar, o no, los niveles de agotamiento emocional del profesional en función de la demanda y de la retroalimentación positiva ofrecida por el paciente. En este proceso, también se considera importante analizar las características de frecuentación y del tipo de síntomas del paciente a fin de comprobar la incidencia de las mismas en la relación de las variables mencionadas –demanda y retroalimentación sobre agotamiento emocional-.

De esta forma se busca verificar la existencia de efectos moderadores del tipo de paciente, en la relación de las variables demanda y retroalimentación positiva del paciente sobre el agotamiento emocional del EMFyC. A su vez, se analiza el efecto moderador del tipo de paciente teniendo en cuenta las tres clasificaciones mencionadas anteriormente, dado que se considera que el papel de la percepción del médico acerca de las características del tipo de paciente juega un papel relevante.

Teniendo en cuenta la evidencia del impacto negativo sobre el bienestar del profesional tras atender a pacientes *HSMI* mencionada en trabajos científicos previos, se espera que frente a pacientes *HF*s y a pacientes con *SMI*, el EMFyC tenga mayores niveles de agotamiento emocional asociado a las altas demandas y a la baja retroalimentación positiva de este tipo de paciente. De acuerdo a lo expuesto en el capítulo 2, estos pacientes provocan un alto nivel de sobrecarga derivado de las altas

demandas emocionales que inducen en el médico. Asimismo, se considera que como consecuencia de esta alta necesidad de atención que reclaman al médico, la reciprocidad de dichos pacientes hacia el profesional no conseguirá amortiguar el aumento del agotamiento emocional que provocan en el EMFyC derivado de su relación con los mismos.

A partir de estos supuestos se exponen las siguientes hipótesis.

5.2.1. Moderación del tipo de paciente sobre la relación entre la Demanda y el Agotamiento Emocional

H6.1.a. Cuando la frecuentación se evalúa desde el criterio subjetivo, la correlación positiva entre la demanda percibida y el agotamiento emocional del médico será mayor para los pacientes *HF*s que para los *NF*s.

H6.1.b. Cuando la frecuentación se evalúa desde el criterio objetivo, no existirán diferencias significativas en la correlación positiva entre la demanda percibida y el agotamiento emocional del médico para los pacientes *HF*s y los *NF*s.

H6.1.c. Cuando la frecuentación se evalúa desde el criterio conjunto, la correlación positiva entre la demanda percibida y el agotamiento emocional del médico será mayor para los pacientes *HF*s que para los *NF*s.

H6.1.d. Cuando el tipo de síntomas se evalúa desde el criterio subjetivo, la correlación positiva entre la demanda percibida y el agotamiento emocional del médico será mayor para los pacientes con *SMI* que con *SME*.

H6.1.e. Cuando el tipo de síntomas se evalúa desde el criterio objetivo, no existirán diferencias significativas en la correlación positiva entre la demanda percibida y el agotamiento emocional del médico para los pacientes con *SMI* y con *SME*.

H6.1.f. Cuando el tipo de síntomas se evalúa desde el criterio conjunto, la correlación positiva entre la demanda percibida y el agotamiento emocional del médico será mayor para los pacientes con *SMI* que con *SME*.

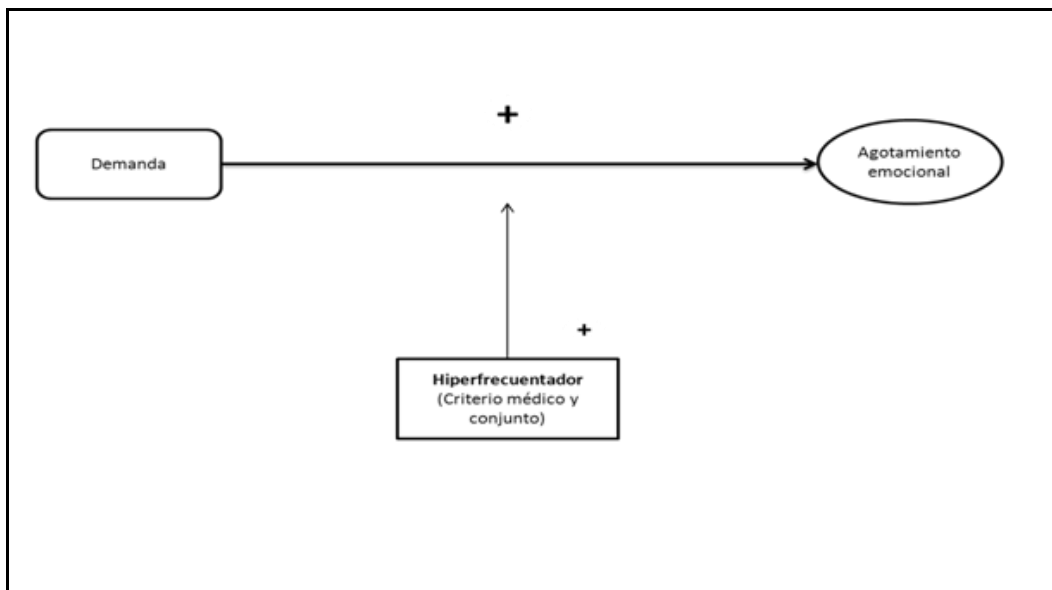


Figura 2. Hipótesis de moderación de la frecuentación sobre la relación entre la Demanda y el Agotamiento Emocional

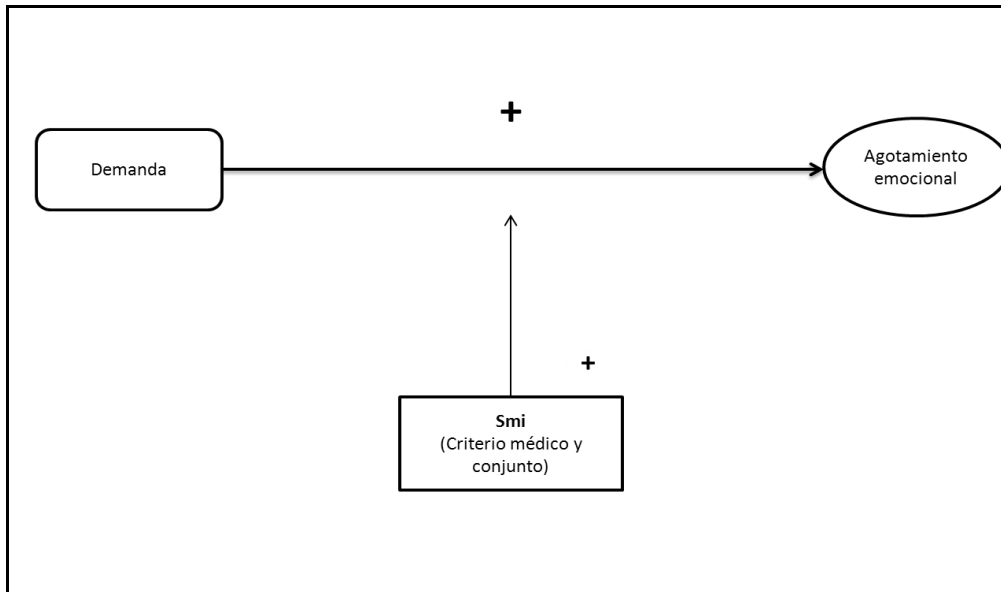


Figura 3. Hipótesis de moderación del tipo de síntomas sobre la relación entre la Demanda y el Agotamiento Emocional

5.2.2. Moderación del tipo de paciente sobre la relación entre la Retroalimentación y el Agotamiento Emocional

H6.2.a. Cuando la frecuentación se evalúa desde el criterio subjetivo, la correlación negativa entre la retroalimentación positiva del paciente percibida por el médico y el agotamiento emocional será mayor para los pacientes *HF*s que para los *NF*s.

H6.2.b. Cuando la frecuentación se evalúa desde el criterio objetivo, no existirán diferencias significativas en la correlación negativa entre la retroalimentación positiva del paciente percibida por el médico y el agotamiento emocional para los pacientes *HF*s y los *NF*s.

H6.2.c. Cuando la frecuentación se evalúa desde el criterio conjunto, la correlación negativa entre la retroalimentación positiva del paciente percibida por el médico y el agotamiento emocional será mayor para los pacientes *HF*s que para los *NF*s.

H6.2.d. Cuando el tipo de síntomas se evalúa desde el criterio subjetivo, la correlación negativa entre la retroalimentación positiva del paciente percibida por el médico y el agotamiento emocional será mayor para los pacientes con *SMI* que con *SME*.

H6.2.e. Cuando el tipo de síntomas se evalúa desde el criterio objetivo, no existirán diferencias significativas en la correlación negativa entre la retroalimentación positiva del paciente percibida por el médico y el agotamiento emocional para los pacientes con *SMI* y con *SME*.

H6.2.f. Cuando el tipo de síntomas se evalúa desde el criterio conjunto, la correlación negativa entre la retroalimentación positiva del paciente percibida por el médico y el agotamiento emocional será mayor para los pacientes con *SMI* que con *SME*.

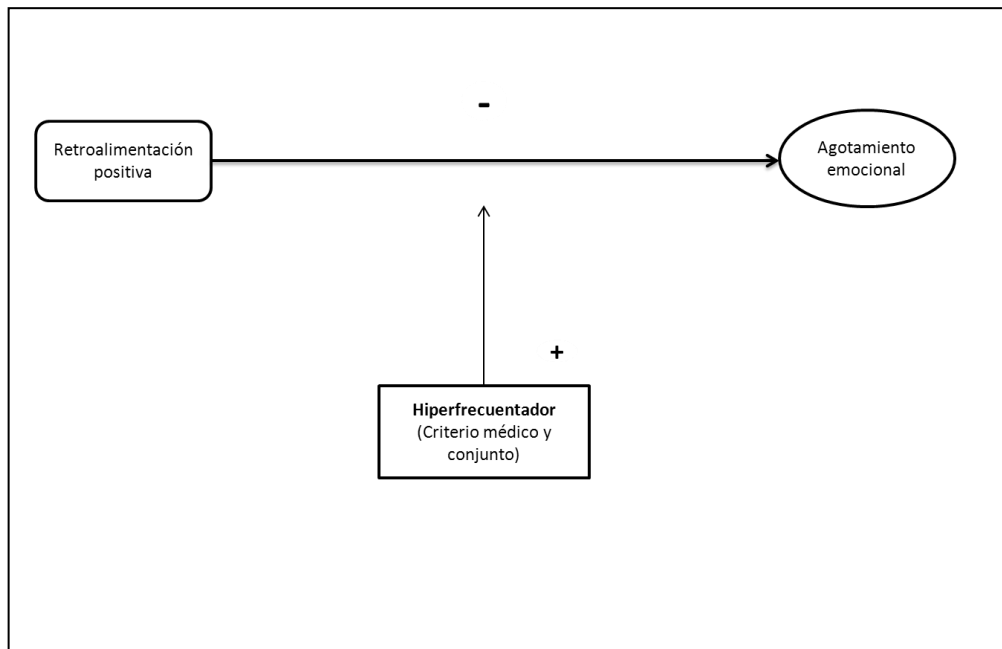


Figura 4. Hipótesis de moderación de la frecuentación sobre la relación entre la Retroalimentación y el Agotamiento Emocional

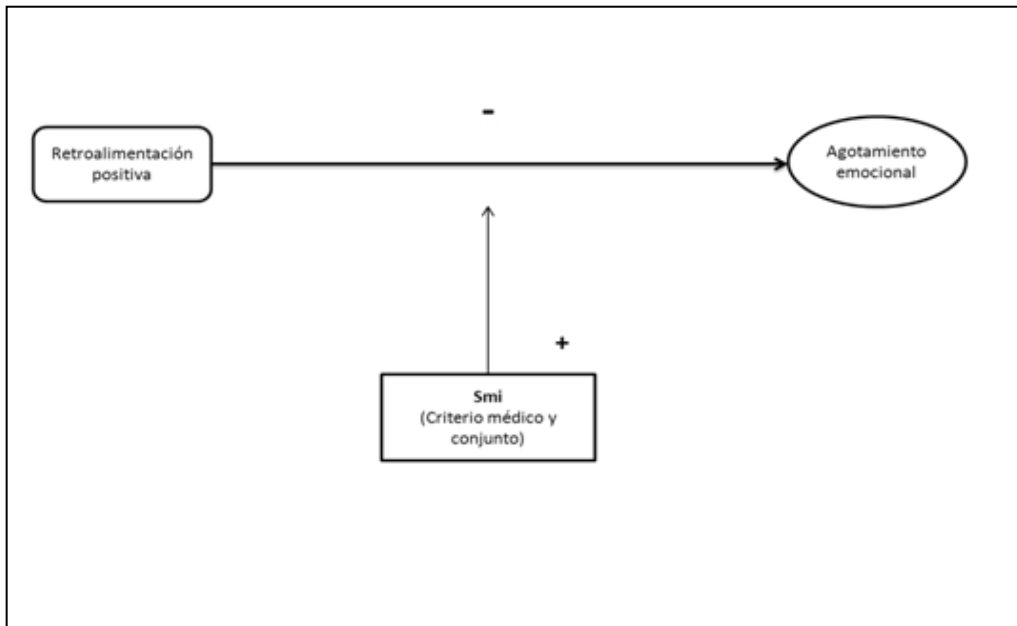


Figura 5. Hipótesis de moderación del tipo de síntomas sobre la relación entre la Retroalimentación y el Agotamiento Emocional

5.3. Moderación de la Retroalimentación sobre la relación entre la Demanda y el Agotamiento Emocional

Respecto al cuarto y último objetivo específico de la investigación, se pretenden contrastar hipótesis derivadas del modelo de Demandas-Recursos Laborales (Demerouti et al., 2001).

Para la comprobación del presente modelo, se considera la relación con el paciente como un recurso que permite amortiguar los efectos negativos de la demanda sobre el bienestar del trabajador. Así, se analiza el efecto moderador de la retroalimentación positiva del paciente en la relación de la demanda sobre el agotamiento emocional del médico.

De acuerdo a estudios previos acerca de la relación positiva de la interacción con los pacientes, sobre la satisfacción y el bienestar del profesional (Halbesleben, 2006; Linzer et al., 2000; McMurray et al., 1997; Petrozzi, Rosman, Nerenz y Young, 1992;

Ratanawongsa, Wright y Carrese, 2008; Wallace y Lemaire, 2007), se espera que la reciprocidad del paciente amortigüe los efectos de la demanda sobre el agotamiento emocional del EMFyC. Así es de esperar que ante una baja retroalimentación positiva ofrecida por el paciente, las demandas exigidas por éste aumenten los niveles de agotamiento emocional del profesional, supuesto del cual deriva la siguiente hipótesis.

H6.3.a. La correlación positiva entre de la demanda y el agotamiento será mayor cuando los niveles de retroalimentación son bajos.

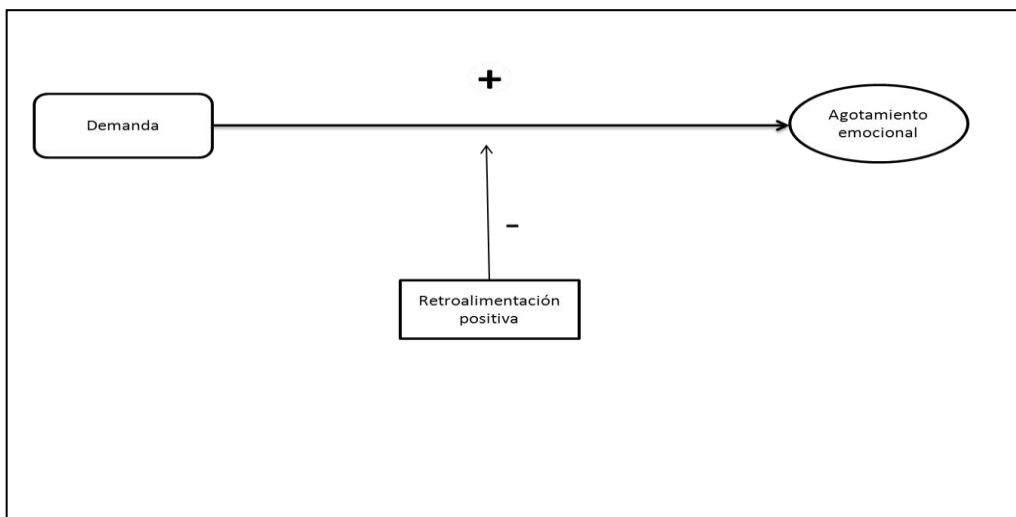


Figura 6. Hipótesis de moderación de la Retroalimentación sobre la relación entre la Demanda y el Agotamiento Emocional

SEGUNDO BLOQUE: ESTUDIO EMPÍRICO

CAPÍTULO 6

6. Método

6.1. Muestra

La población objetivo para este trabajo son los EMFyC de la Comunidad de Madrid y sus pacientes.

6.1.1. Participantes y selección de la muestra

6.1.1.1. Médicos

La muestra de este estudio está compuesta por un total de 105 EMFyC (N=105), los cuales pertenecen a 38 Centros de Salud del Servicio Madrileños de Salud (SERMAS) de la Comunidad de Madrid, correspondientes a las Áreas 2, 5, 8 y 9 de Atención Primaria¹. Si bien se convocó a la mayoría de las Áreas a participar en el estudio, han colaborado aquellas que decidieron hacerlo de forma voluntaria.

El criterio de inclusión de los EMFyC fue que tuvieran plaza fija en un Centro de Salud de la Comunidad de Madrid, por lo que los Médicos Residentes y aquellos que estaban realizando suplencias, quedaron excluidos del estudio.

¹ Actualmente no existe esta división por áreas de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid

6.1.1.2. Pacientes

Participaron en la investigación todos aquellos pacientes que aceptaran formar parte del mismo el día que se acudió a la consulta del médico participante. Se presentó el estudio a cada uno de ellos, explicándole las condiciones y procedimiento para su participación en él y recogiéndose su consentimiento informado. A aquellos que decidieron participar voluntariamente se les administró una serie de cuestionarios. En este estudio participaron un total de 898 pacientes (N=898).

En cuanto a los criterios de inclusión, se tuvieron en consideración todos aquellos pacientes del médico participante, y que cumplieran con los siguientes requisitos. Respecto al médico, el EMFyC debía ser su médico habitual. En cuanto al paciente, éste habría acudido al menos una vez a consultar con el mismo y, el día de la recogida de datos no debía acudir a la consulta por motivos exclusivamente administrativos tales como recoger una baja o una receta para medicación.

Quedaron excluidos de la investigación los familiares que consultaran por un paciente de dicho médico puesto que el interés es evaluar la relación del médico con sus pacientes. También quedaron excluidos los pacientes menores de edad (18 años).

6.2. Procedimiento

La recogida de datos para este estudio tuvo lugar en diferentes Centros de Salud de la Comunidad de Madrid, en el período de tiempo comprendido entre abril de 2009 y enero de 2011.

6.2.1. Médicos

La recogida de datos para esta investigación comenzó con algunos de los EMFyC pertenecientes a la antigua Área 8 de Atención Primaria. Paralelamente se solicitó la colaboración de las otras áreas a través del contacto con la Gerencia de cada una de ellas. Una vez que la Gerencia de cada área confirmó su participación, proporcionó los datos para poder contactar con el Coordinador de los distintos Centro de Salud pertenecientes a la misma.

Al contactar con los coordinadores de cada Centro, se fijó un día y hora para llevar a cabo una reunión informativa en cada uno de ellos a fin de presentar el estudio, contestar dudas e invitar a los profesionales a participar en el mismo. Los EMFyC que accedieron a participar, proporcionaron sus datos de contacto para poder fijar a futuro un día de trabajo.

Se acudió al Centro de Salud el día acordado y se realizó la recogida de datos durante toda la jornada laboral, mañana o tarde, del médico participante. Ese mismo día antes de comenzar la consulta, el médico firmó el consentimiento informado de participación y se le instruyó sobre el procedimiento del estudio para que no se alterara el ritmo de atención a los pacientes.

Como parte de la instrucción, se explicó al profesional que cada paciente que acudiera a consulta ese día sería informado de la realización del estudio y sería invitado a participar en el mismo. Aquellos que accedieran a hacerlo, entrarían en la consulta con un folio doblado por la mitad en el cual tendría en la parte visible su código de participación y en la parte no visible, un cuestionario de diario breve que el profesional debería contestar inmediatamente que el paciente abandonara la consulta, y antes de que entrara el siguiente paciente. Se insistió en la relevancia de respetar al máximo este

último paso del procedimiento para que no hubiera contaminación de las respuestas del médico por su interacción con otros pacientes. A su vez, se explicó detalladamente al médico cómo debía rellenar dicho cuestionario de diario.

Además del cuestionario de diario, se entregó al médico un cuestionario de medidas individuales para que contestase una vez acabada la consulta. Dicho cuestionario tenía un código de identificación individual para cada profesional.

Al finalizar la consulta, se recogían los cuestionarios de diario y el de medidas individuales cumplimentados por el médico. Cada uno de ellos, estaban debidamente identificados respecto de cada paciente y de cada médico participante a través de su código. Ello permitió relacionar las respuestas de cada paciente con las de su médico a la hora de realizar los análisis de este estudio.

6.2.2. Pacientes

Para contar con la colaboración de los pacientes del EMFyC participante, se describió el estudio de forma general y se invitó a participar en el mismo a todos los pacientes que acudían ese día a consultar al profesional.

Los pacientes que decidieron colaborar en el estudio, firmaron un consentimiento informado de participación.

La investigación recoge medidas de la interacción médico- paciente en uno de los cuestionarios administrados al paciente. Este cuestionario en particular fue administrado siempre una vez que el paciente finalizara la consulta con el médico. Si bien todos los cuestionarios administrados al paciente podía ser completado al salir de la consulta, el cuestionario que indaga sobre la interacción con el médico en el ámbito de dicha

consulta, debía ser contestado necesariamente una vez finalizada dicha instancia. De esta forma, en el tiempo de espera del paciente para entrar a la consulta se adelantaba la administración de las medidas que no alteraran esa parte del diseño de la investigación, pero las que tenían que ver con la consulta con el médico, siempre se administraban una vez culminada la misma.

Todos los cuestionarios y escalas contestados por los pacientes fueron administrados por encuestadores específicamente adiestrados para la recogida de datos de esta investigación.

6.3. Medidas

Algunos de los cuestionarios y escalas empleados en este estudio carecen de una versión en castellano. Por ello, se realizó una primera versión de los mismos traduciendo al castellano por una persona con un nivel medio en el dominio del idioma inglés. Esta primera versión fue revisada y corregida por una persona con conocimientos del idioma inglés y por otra bilingüe, a fin de ajustar el lenguaje y las expresiones de forma fiel a la versión original del instrumento en cuestión.

6.3.1. Médicos

Los cuestionarios y escalas cumplimentados por los médicos fueron auto administrados.

6.3.1.1. Cuestionario de diario o cuestionario breve

Demanda del paciente: La variable demanda del paciente o requerimientos del paciente se evaluó mediante dos ítems del factor correspondiente en el *Physician Satisfaction Questionnaire* (Suchman, Roger, Green y Lapkin, 1993). Un ítem de

ejemplo es “Este paciente se queja constantemente”, al cual los sujetos contestan en una escala tipo Likert donde 1 significa “Muy en desacuerdo” y 5 “Muy de acuerdo”. La puntuación final de la escala se calculó a través de la media. El alpha de Cronbach para esta escala fue de 0,89.

Retroalimentación positiva del paciente: Evalúa lo positiva, agradable y gratificante que ha sido para el médico la consulta con el paciente, a través de dos ítems correspondientes a los factores *Global Satisfaction* y *Time* del cuestionario *Physician Satisfaction Questionnaire* (Suchman et al., 1993). Un ejemplo de estos ítems es “Esta consulta ha sido muy gratificante para mí”, ante el cual el sujeto debe contestar en una escala Likert, donde 1 es “Muy en desacuerdo” y 5 “Muy de acuerdo”. Se creó un ítem para este estudio “En su trato conmigo el paciente ha sido”, el cual se contesta a través de una escala tipo Likert del 1 al 7, donde 1 es “Agradable” y 7 “Desagradable”. Dado que el rango de respuesta de los ítems de la escala es diferente, la puntuación final se calculó a través de la media de las puntuaciones tipificadas y transformadas en puntuaciones T. La consistencia interna fue de $\alpha=0,61$.

Percepción de eficacia del médico: La autopercepción de eficacia del médico con su actuación profesional en la consulta se midió a través de dos ítems del factor *Relation quality* del *Physician Satisfaction Questionnaire* (Suchman et al., 1993). Uno de los ítems que componen esta escala es “Durante la consulta he conseguido que este paciente y yo nos entendamos bien”. El sujeto responde en una escala tipo Likert donde 1 es “Muy en desacuerdo” y 5 “Muy de acuerdo”. Se creó un ítem para este estudio “Valore su actuación profesional con este paciente” el cual se contesta también a través de una escala Likert del 1 “Muy baja calidad” al 10 “Calidad excelente”. Al igual que en la escala anterior, los rangos de respuesta de los ítems no son iguales, por lo que la

puntuación final se calculó a través de la media de las puntuaciones tipificadas y transformadas en puntuaciones T. La consistencia interna fue de $\alpha=0,72$.

Agotamiento emocional del médico: En qué medida el paciente ha consumido los recursos emocionales del médico se midió a través de dos ítems. Se utilizó uno sobre el enajenamiento emocional de Hochschild (1983), “Me siento emocionalmente confuso”, sumado a un ítem de la escala de agotamiento emocional del cuestionario de *burnout* (Maslach y Jackson (1981), versión en castellano por Seisdedos (1997)) “Me ha agotado emocionalmente”. Ambos ítems se contestan en una escala Likert del 1 “Muy en desacuerdo” al 5 “Muy de acuerdo”. Los mismos han sido utilizados previamente para medir el bienestar en un estudio realizado por Totterdell y Holman (2003). La puntuación final se calculó a través de la media y el alpha de Cronbach para esta escala fue de 0,82.

Tipo de emoción sentida por el médico: Se indagó el tipo de emoción experimentada por el médico luego de atender a cada paciente a partir del ítem “Este paciente me ha hecho sentir” y como opciones de respuesta se emplearon las emociones que surgen de la clasificación del Afecto central de Russell (2003). Estas emociones se clasificaron dicotómicamente en positivas y negativas, de acuerdo a las dimensiones placer-displacer de la categorización de Russell (2003), respectivamente. El médico debía seleccionar entre las emociones ofrecidas, la que más se asemejara a su estado de ánimo luego de la consulta con el paciente. En función de la emoción concreta que señalara, se clasificó el tipo de emoción en positiva o negativa.

6.3.1.2. Cuestionario de medidas individuales

Se ha preguntado al médico sobre algunas variables sociodemográficas como la edad, el sexo, el estado civil y la nacionalidad del mismo. A su vez, se midieron variables

personales (autoevaluaciones fundamentales) y de bienestar laboral del médico (*burnout*).

Autoevaluaciones fundamentales (Core-Self Evaluations scale (CSES)) (Judge, Erez, Bono y Thoresen, 2003). Se realizó una traducción del inglés de dicha escala, según el procedimiento especificado en el apartado 6.3. La CSES evalúa las creencias centrales de la persona sobre sí misma y se compone de 12 ítems. Un ejemplo de ítem es “Tengo confianza en que obtendré los éxitos que merezco en la vida” a puntuar en una escala tipo Likert del 1 “Totalmente en desacuerdo” al 5 “Totalmente de acuerdo”. Contiene cuatro factores: autoestima (*self-esteem*) autoeficacia (*self-efficacy*), neuroticismo (*neuroticism*) y locus del control (*locus of control*). La puntuación final se calculó a través de la media. La consistencia interna fue de $\alpha=0,82$.

Burnout del médico: El síndrome de quemarse por el trabajo se midió con el *Maslach Burnout Inventory (MBI)* (Maslach y Jackson (1981), versión en castellano por Seisdedos (1997)). Dicho instrumento consta de 22 ítems a contestar en una escala Likert donde 0 es “Nunca” y 7 “Todos los días”, y se compone de tres factores. El primero es el Agotamiento emocional (*Emotional exhaustion*), por ejemplo, “Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo” ($\alpha= 0,88$). El segundo es la Despersonalización (*Depersonalization*), por ejemplo, “Creo que trato a algunos pacientes como si fuesen objetos impersonales” ($\alpha=0,60$). El tercer factor es el Logro personal (*Personal accomplishment*), por ejemplo, “Fácilmente comprendo cómo se sienten los pacientes” ($\alpha=0,76$). Se calcularon las puntuaciones finales medias para cada escala. La consistencia interna total fue de $\alpha=0,86$.

6.3.2. Pacientes

A continuación se describirán los cuestionarios aplicados a los pacientes y las características para la clasificación del tipo de paciente en función de los factores frecuentación y tipo de síntomas de los mismos y en función de los diferentes criterios utilizados en el estudio.

6.3.2.1. Clasificación del tipo de paciente en función de los factores frecuentación y tipo de Síntomas

Se clasificó a los pacientes en función de su frecuentación o frecuencia de visitas al EMFyC (*HF*s vs. *NF*s) y del tipo de sintomatología (*SMI* vs. *SME*).

A su vez, la clasificación de pacientes se efectuó desde tres criterios diferentes, los cuales han sido explicados en el capítulo 5 donde se detallan las hipótesis a contrastar en el estudio. Las características de dichos criterios de clasificación se han resumido en las tablas Tabla 2 y Tabla 3 de dicho capítulo. A continuación se realiza una explicación más exhaustiva de las condiciones de clasificación que implica cada criterio.

6.3.2.1.1. Frecuentación del paciente

Para determinar si un paciente es normofrecuentador o hiperfrecuentador según la opinión del médico o criterio subjetivo, se utilizó el ítem dicotómico “Este paciente acude a consulta porque hiperfrecuenta”.

En cuanto al criterio objetivo para determinar esta característica del paciente, se tuvo en cuenta el número de consultas realizadas al EMFyC en los últimos seis meses y en el último año. Estos datos fueron reportados a partir de las aplicaciones informáticas

“OMI-AP” y “AP-Madrid” de Atención Primaria del SERMAS de la Comunidad de Madrid.

Respecto al criterio conjunto, se consideró al paciente como hiperfrecuentador cuando tanto el médico como desde los datos arrojados por el programa informático, el paciente era clasificado como hiperfrecuentador.

De esta forma, según el médico, el paciente es hiperfrecuentador cuando el profesional contesta afirmativamente al ítem en cuestión. Según el criterio objetivo, el paciente es hiperfrecuentador si, según la aplicación informática del SERMAS, ha acudido a consulta con su EMFyC seis o más veces en seis meses, o doce o más veces en un año (Larisch et al., 2004), y paralelamente, el médico no lo ha percibido como un paciente hiperfrecuentador. Por último, desde el criterio conjunto, se consideró al paciente como hiperfrecuentador cuando coincidían los dos criterios anteriores respecto a que el paciente es un hiperfrecuentador.

6.3.2.1.2. Tipo de sintomatología del paciente

Además de clasificar a los pacientes según su frecuentación, se les clasificó también en función del origen de sus síntomas: con síntomas médicamente explicables (*SME*) y con síntomas médicamente inexplicables o (*SMI*) (Nimnuan et al, 2000; Sharpe y Bass, 1992).

Para establecer el tipo de síntomas que presenta el paciente según el criterio del profesional o subjetivo, se utilizaron tres ítems dicotómicos respecto a si el paciente “Tiene un trastorno somatomorfo”, “Tiene una enfermedad orgánica” o “Tiene una enfermedad crónica”.

A fin de determinar el tipo de síntomas del paciente a través de un criterio objetivo, se utilizó el cuestionario *SOMS-2* para la evaluación de Trastornos Somatomorfos.

Trastorno somatomorfo: A efectos de evaluar si el paciente padece un Trastorno Somatomorfo, se aplicó el *Screening for somatomorf symptoms (SOMS-2)* (Rief, Hiller y Heuser, 1997). El mismo evalúa desórdenes somatomorfos y se compone de una lista de 53 síntomas físicos, integrado por 11 síntomas de dolor, 8 sexuales, 14 gastrointestinales y 20 pseudoneurológicos, los cuales el paciente debe haber padecido en los últimos dos años. Un ejemplo de ítem de este cuestionario es “Sensación o quemazón en el pecho o estómago”. Se realizó una traducción de dicha escala de la forma en que se especificó en el apartado 6.3. La consistencia interna de esta medida fue de $\alpha=0,81$.

Para el criterio conjunto, se tuvo en cuenta la coincidencia de los dos criterios anteriores.

Se consideró a los pacientes con *SME* a aquellos pacientes que según el médico no son somatomorfos y acudieron a consultar por una enfermedad orgánica puntual, o son pacientes crónicos. Los pacientes con *SMI*, en contraposición con los anteriores, son somatomorfos según la opinión del médico, y no acudieron a consultar por una enfermedad orgánica específica, pudiendo ser o no, también pacientes crónicos.

Desde el criterio objetivo se clasificó a los pacientes con *SMI* o *SME* en función de los resultados del cuestionario *SOMS-2*. Dicho cuestionario utiliza como base de diagnóstico los dictámenes establecidos por el DSM-IV, el CIE-10 y el *SSI* para diagnosticar a pacientes con Trastornos de somatización. Las bases mencionadas se han explicado en el apartado 2.2.1 de este trabajo. En dicho apartado también se especificó que la mayoría de estudios sobre hiperfrecuentación analizan el trastorno de

somatización asociado a dicha conducta hiperfrecuentadora. No obstante, según algunos autores (Larisch et al., 2004), la definición de trastorno de somatización es restrictiva para su uso en el sector de Atención Primaria, por lo que en este estudio se analiza y se clasifica al paciente somatizador como paciente somatomorfo de forma general.

De esta forma y al igual que en estudios realizados previamente (Larisch et al., 2004), se han clasificado a los pacientes con *SMI* cuando el paciente contesta afirmativamente a padecer determinado síntoma de los listados en el *SOMS-2* en los últimos dos años, ha consultado al EMFyC por el mismo, y dicho síntoma se ha presentado por primera vez antes de los 30 años de edad. En cuanto al punto de corte respecto al número de síntomas a considerar que un paciente padece un Trastorno somatomorfo, se utilizaron los criterios del *SSI*. De esta forma se considera que el paciente hombre padece dicho trastorno cuando cumple los requisitos mencionados para cuatro síntomas y las mujeres para seis.

Por último y desde el criterio conjunto, se estableció que los pacientes presentaban síntomas *SMI* cuando tanto el médico y los resultados obtenidos en el cuestionario *SOMS-2* coincidían en este diagnóstico.

6.3.2.1.3. Medidas sociodemográficas, de salud y de satisfacción del paciente

Se ha preguntado al paciente acerca algunas variables sociodemográficas, de satisfacción con su médico y de salud mental.

Datos sociodemográficos: Se consultó sobre la edad, el sexo, el estado civil, los estudios realizados y la nacionalidad del paciente.

Salud mental del paciente: Se han utilizado distintas medidas para indagar sobre el estado de salud mental del paciente. Por un lado, se le consultó si posee diagnóstico de enfermedad mental a través del ítem dicotómico creado para este estudio “¿Le ha sido diagnosticada alguna enfermedad mental?”.

General Health Questionnaire (GHQ-12) (Goldberg, 1992. Versión en castellano de Gallego y Salanova, 2000). Este cuestionario evalúa la salud mental del paciente y se compone de 12 ítems, como por ejemplo, “Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño”. Cada ítem cuenta con cuatro opciones de respuesta en cuanto a la frecuencia de la conducta en cuestión y la puntuación final se calcula a través de la media. La consistencia interna para este cuestionario fue de $\alpha=0,86$.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond y Snaith 1983, versión en castellano de Tejero, Guimerá, Farré y Peri, 1986). Esta medida se utiliza para diagnosticar sintomatología psiquiátrica en pacientes sin patología psiquiátrica aparente. Consta de 14 ítems, como por ejemplo, “Me siento tenso/a o nervioso/a” y al igual que el cuestionario anterior ofrece opciones de respuesta diferentes para cada ítem pero relacionados a la conducta a la que se refiere en cada uno de ellos. La consistencia interna de esta medida fue de $\alpha=0,86$.

Satisfacción con el médico: Se evaluó la satisfacción del paciente con el médico a través de la aplicación del *Medical Interview Satisfaction Scale (MISS-21)* (Meakin y Weinman, 2002) sobre la que se realizó una traducción de la escala original con el método especificado en el apartado 6.3. Un ejemplo de ítem de este cuestionario es “Durante la consulta de hoy el médico le ha dicho exactamente lo que tiene”, y se contesta a través de una escala tipo Likert 1 “Extremadamente en desacuerdo” y 7 “Altamente de acuerdo”. Consta de 21 ítems y contiene cuatro factores angustia

(*distress relief*), comodidad con la comunicación (*communication confort*), buena relación (*rapport*) y cumplimiento de propósitos (*compliance intent*). La puntuación final se calcula a través de la media. El alpha de Cronbach para esta medida fue de 0,89.

6.4. Análisis

A continuación se detallan los diferentes análisis realizados para contrastar las hipótesis de planteadas para este estudio. Los mismos fueron realizados utilizando el programa SPSS.17.

6.4.1. Efectos del tipo de paciente sobre las variables del cuestionario de diario

Con el objetivo de analizar el efecto que provoca el tipo de paciente sobre el bienestar y el desempeño profesional del EMFyC después de cada consulta, se realizó un ANOVA de dos factores de medidas independientes considerando al paciente como unidad de medida para las variables del cuestionario de diario del médico descritas en el apartado 6.3.1.1.

Las variables independientes son los factores frecuentación y el tipo de sintomatología del paciente. La variable frecuentación presenta dos niveles, hiperfrecuentación y normofrecuentación. La variable tipo de sintomatología también presenta dos niveles, paciente con *SME* y paciente con *SMI*.

Tal y como se mencionó en el apartado 6.3.2.1, los pacientes fueron clasificados a través del criterio subjetivo (opinión del médico), del criterio objetivo (número de visitas al EMFyC y resultados del cuestionario *SOMS-2*) y del criterio conjunto (el solapamiento de los dos anteriores).

Las variables del cuestionario de diario son el agotamiento emocional, la demanda del paciente percibida por el médico, la retroalimentación positiva brindada por el paciente, la eficacia percibida por el médico y el tipo de emoción experimentada por el médico, luego de cada consulta. Las primeras variables (agotamiento emocional, demanda, retroalimentación y percepción de eficacia) son cuantitativas y la última es dicotómica (tipo de emoción). De esta forma, para esta última variable se realizó una prueba de chi-cuadrado para los dos factores mencionados.

El malestar del médico después de atender a cada paciente se relaciona con el efecto de cada paciente, y con características propias de cada médico. Por ello se consideró importante controlar el efecto del nivel de *burnout* del médico a través de un análisis de covarianza ANCOVA. Para estos análisis se consideraron las correlaciones significativas de las variables de diario con las sub escalas de agotamiento emocional global, de despersonalización y de logro personal del cuestionario de *burnout*, introduciendo dichas variables como covariables.

6.4.2. Efectos moderadores del tipo de paciente y de la Retroalimentación sobre el Agotamiento Emocional

Para comprobar las hipótesis derivadas de los modelos de Conservación de Recursos (Hobfoll, 1989) y Demanda-Recursos Laborales (Demeroutti et al., 2001), se realizaron análisis de moderación a través de una regresión lineal por pasos (Baron y Kenny, 1986; Frazier, Tix, Barron, 2004).

En la regresión lineal por pasos, se introdujeron en una primera instancia las variables de control del médico, en una segunda instancia el moderador y la variable independiente, y por último, la interacción entre ambas (Frazier et al., 2004). Las

variables de control del médico utilizadas fueron, variables sociodemográficas (sexo) y de personalidad (autoevaluaciones centrales).

En la contrastación del modelo de Conservación de Recursos (Hobfoll, 1989), se comprobó el efecto moderador del tipo de paciente,- definido en función de su frecuentación y tipo de síntomas-, en la relación de, por un lado, la variable demanda y por el otro, de la variable retroalimentación, sobre el agotamiento emocional.

Las variables independientes en estos análisis son cuantitativas (demanda y retroalimentación), y han sido estandarizado para evitar los efectos de la colinealidad (Aiken y West, 1991). Las variables moderadoras son dicotómicas (hiperfrecuentación vs normofrecuentación y *SME* vs *SMI*). En cuanto al tipo de paciente, se analizaron los efectos moderadores del tipo mismo a través de las tres clasificaciones mencionadas en el apartado 6.3.2.1 (criterio subjetivo, objetivo y conjunto).

En caso de existir moderación, se verificó el valor de la pendiente y se realizaron gráficos para comprender la forma de dicha moderación (Frazier et al., 2004).

Para la verificación del modelo de Demanda-Recursos Laborales (Demerouti et al., 2001) se analizó el efecto moderador de la retroalimentación en la relación de la demanda sobre el agotamiento emocional.

En este caso, tanto la variable independiente (demanda) como la moderadora (retroalimentación) son cuantitativas por lo que fueron estandarizadas. En caso de moderación se verificó la significación de la pendiente. También se realizaron gráficos dicotomizando a la variable moderadora en función de la media más una desviación típica como alta retroalimentación (=1) y la media menos una desviación típica como baja retroalimentación (=0) (Frazier et al., 2004).

CAPÍTULO 7

7. Resultados

A continuación se exponen los resultados hallados en los análisis para la contrastación de hipótesis.

7.1. Características de la Muestra

7.1.1. Médicos

En cuanto a las características sociodemográficas de la muestra, de los 105 EMFyC participantes, el 70 (66.7%) son mujeres, tienen una edad comprendida entre los 30 y los 60 años ($M= 45.95$, $dt=6.9$), 73 (69,5%) son casados, en su gran mayoría (90,2%) de nacionalidad española y más de la mitad desempeñan su jornada laboral por la mañana (63,9%).

Respecto a sus características laborales, el porcentaje de participación por Áreas de la Comunidad de Madrid es de 13.3% (14) correspondientes al área 2, 28 (26,7%) al área 5, 43 (41%) al área 8 y 20 (19%) al área 9. Dicho porcentaje de participación por Área se refleja en la Figura 7. La antigüedad como EMFyC oscila entre los 3 y 40 años de profesión ($M=16.13$, $dt=7.02$). En cuanto a la cantidad de pacientes atendidos en consulta el día de la recogida de datos, los médicos han atendido un mínimo de 12 pacientes y un máximo de 66 ($M=35.83$, $dt= 9.23$).

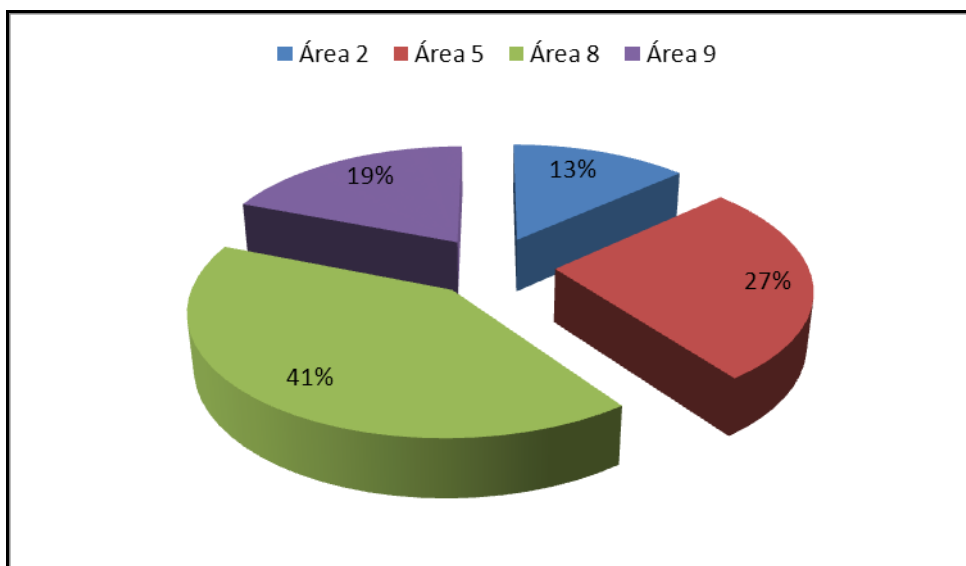


Figura 7. Distribución de los Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria por áreas participantes

7.1.2. Pacientes

Han participado 898 pacientes de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, de los cuales 559 (62.2%) son mujeres. La edad de dichos pacientes oscila entre los 18 y 92 años ($M=48.83$, $dt=17,15$). En cuanto a su estado civil, más de la mitad de la muestra de pacientes son casados 515 (57,3%). En su mayoría han finalizado sus estudios primarios y secundarios (42.3% y 35.3% respectivamente). La mayor parte de la muestra se compone de pacientes de nacionalidad española 792 (88,2%).

Respecto a la clasificación de pacientes especificada en el apartado 6.3.2.1 en cuanto al factor frecuentación, según el médico el 22% de los pacientes son *HF*s, según el criterio objetivo un 35% y según el criterio conjunto un 15%.

Respecto al factor tipo de síntomas, según el médico el 20 % de los pacientes tiene *SMI*, según el criterio objetivo un 4% y según el criterio conjunto también un 4%.

Tabla 4. Composición de la muestra de pacientes según las distintas clasificaciones realizadas

	<i>Frecuentación</i>		<i>Tipo de síntomas</i>	
	Hiperfrecuentador (%)	Normofrecuentador (%)	Síntomas médicamente inexplicables (%)	Síntomas médicamente explicables (%)
<i>Criterio subjetivo</i>	22	78	20	80
<i>Criterio objetivo</i>	35	65	4	96
<i>Criterio conjunto</i>	15	85	4	96

Las Figura 8 y Figura 9 describen el porcentaje de pacientes en función del factor frecuentación y tipo de síntomas, en función del criterio subjetivo de clasificación.

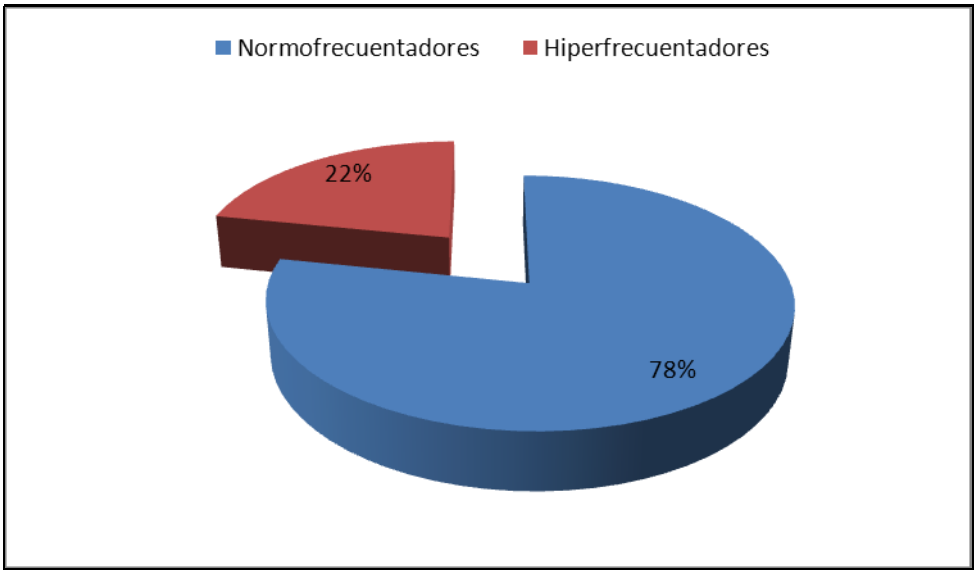


Figura 8. Composición de la muestra de pacientes según el factor frecuentación en función del criterio subjetivo de clasificación

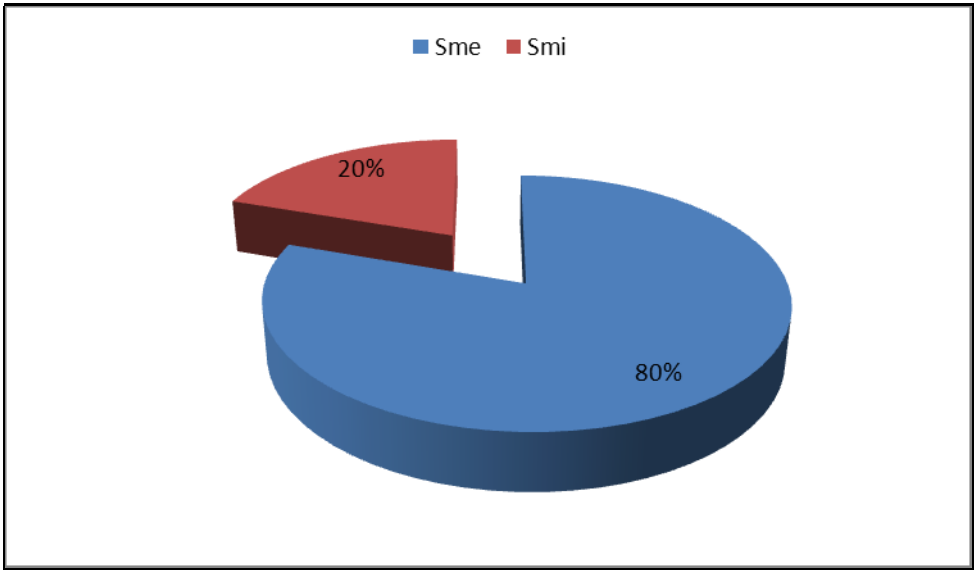


Figura 9. Composición de la muestra de pacientes según el factor tipo de síntomas en función del criterio subjetivo de clasificación

En cuanto a la composición de la muestra de pacientes utilizada para los análisis de este estudio, se considera que la proporción de pacientes *HF*s y pacientes con *SMI* que forman parte de la misma, son similares a las encontradas en estudios previos.

Respecto a la proporción de pacientes *HF*s clasificados como tales a través del criterio subjetivo, los médicos han clasificado a un 22% de pacientes como *HF*s, desde el criterio objetivo un 35% y desde el criterio conjunto un 15%.

Los porcentajes obtenidos para los criterios subjetivo y conjunto, sobre todo, coinciden, como se indicó en el apartado 2.1.4. con los encontrados en otros estudios donde los mismos oscilan entre un 15 a 30% (Neal et al., 1998; Savageau et al., 2006; Jackson y Kroenke, 1999; Hahn et al., 1994; Sharpe et al., 1994).

En función de las hipótesis que se desean contrastar en este estudio respecto a la relevancia de la percepción del médico acerca del tipo de paciente sobre los efectos del profesional, es de interés conocer las características de la muestra de pacientes según la clasificación del profesional.

Respecto a las visitas anuales, se halló una media de visitas para los *HF*s de $M=19,89$ ($dt = 11,59$) en un año y de $M=11,26$ ($dt = 6,73$) en seis meses. Para los *NF*s, una media de $M= 9,17$ ($dt = 8,58$) de visitas en un año y de $M=5,62$ ($dt = 5,11$) en seis meses.

Para verificar si las características de los pacientes clasificados por el médico como *HF*s y con *SMI* coinciden con las halladas en otros estudios, se han analizado diferencias entre los pacientes en cuanto a ambos factores respecto a las variables sociodemográficas, de satisfacción con el médico y de salud mental. Para ello se realizó una prueba t para muestras independientes para contrastar las variables cuantitativas, y

una prueba de chi cuadrado para contrastar las variables cualitativas. En estas últimas, en aquellos casos en los que dicho estadístico resultó ser estadísticamente significativo se interpretó el grado de asociación a través del análisis de los residuos tipificados corregidos.

En cuanto al factor frecuentación, se observan diferencias estadísticamente significativas respecto al sexo ($\chi^2= 6,335$; $p= 0,012$; $C= 0,094$), el diagnóstico de enfermedad mental ($\chi^2= 5,784$; $p= 0,016$; $C= 0,091$) y el estado civil ($\chi^2= 8,097$; $p= 0,044$; $C= 0,106$). Tras el análisis de los residuos tipificados corregidos se observa que en los pacientes *HF*s hay una mayor proporción de mujeres (2,5), una mayor proporción con diagnóstico de enfermedad mental (2,4) y una menor proporción de solteros (-2,3), en comparación con los pacientes *NF*s. No se han hallado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la nacionalidad y estudios realizados por el paciente.

Respecto al factor tipo de síntomas se han hallado diferencias estadísticamente significativas en la muestra de pacientes en cuanto al sexo ($\chi^2= 17,969$; $p < 0,001$; $C= 0,141$) y el diagnóstico de enfermedad mental ($\chi^2= 19,884$; $p < 0,001$; $C= 0,149$). De esta forma, en los pacientes con *SMI* se observa una mayor proporción de mujeres (4,2) y una mayor proporción con diagnóstico de enfermedad mental (4,5) en comparación con los pacientes con *SME*. No se han hallado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad, el estado civil, los estudios realizados y la nacionalidad del paciente.

Tabla 5. Diferencias en el sexo del paciente según la frecuentación y tipo de síntomas en función del criterio subjetivo

		Mujeres	Hombres	χ^2	<i>P</i>
		%	%		
Frecuentación				6,335	,012
	H	24,6	16,5		
		+2,5	-2,5		
	N	75,4	83,5		
		-2,5	+2,5		
Tipo de síntomas				17,969	,000
	<i>SMI</i>	24,2	12,4		
		+4,2	-4,2		
	<i>SME</i>	75,8	87,6		
		-4,2	+4,2		

Tabla 6. Diferencias en el diagnóstico de enfermedad mental del paciente según la frecuentación y tipo de síntomas en función del criterio subjetivo

		No diagnóstico enfermedad mental	Diagnóstico enfermedad mental	χ^2	<i>P</i>
		%	%		
Frecuentación				5,784	0,016
H		20,1	30,9		
		-2,4	+2,4		
N		79,9	69,1		
		+2,4	-2,4		
Tipo de síntomas				19,884	,000
<i>SMI</i>		17,6	35,8		
		-4,5	+4,5		
<i>SME</i>		82,4	64,2		
		+4,5	-4,5		

Tabla 7. Diferencias en la nacionalidad del paciente según la frecuentación y tipo de síntomas en función del criterio subjetivo

		Otra	Española	χ^2	<i>P</i>
		%	%		
Frecuentación				1,199	0,274
H		16,7	22,1		
		-1,1	+1,1		
N		83,3	77,9		
		+1,1	-1,1		
Tipo de síntomas				0,154	0,694
<i>SMI</i>		21,3	19,6		
		+0,4	-0,4		
<i>SME</i>		78,7	80,4		
		-0,4	+0,4		

Tabla 8. Diferencias en los estudios realizados según la frecuentación y tipo de síntomas en función del criterio subjetivo

		Primarios	Secundarios	Terciarios	Posgrado	χ^2	<i>P</i>
		%	%	%			
Frecuentación						3,353	0,340
H		22,8	21,4	15,5	12,5		
		+1,2	+0,3	-1,7	-0,6		
N		77,2	78,6	84,5	87,5		
		-1,2	-0,3	+1,7	+0,6		
Tipo de síntomas						2,766	0,429
<i>SMI</i>		17,9	21,8	18,9	33,3		
		-1,2	+1,2	-0,3	+1		
<i>SME</i>		82,1	78,2	81,1	66,7		
		+1,2	-1,2	+0,3	-1		

Tabla 9. Diferencias en el estado civil del paciente según la frecuentación y tipo de síntomas en función del criterio subjetivo

		Soltero	Casado	Divorciado	Viudo	χ^2	<i>P</i>
		%	%	%			
Frecuentación						8,097	,044
	H	15,7	23,1	19,6	31,3		
		-2,3	+1,1	-0,4	+2		
	N	84,3	76,9	80,4	68,8		
		+2,3	-1,1	+0,4	-2		
Tipo de síntomas						3,517	0,319
	<i>SMI</i>	19,4	19	29,6	19,2		
		-0,2	-0,7	+1,9	-0,1		
	<i>SME</i>	80,6	81	70,4	80,8		
		+0,2	+0,7	-1,9	+0,1		

Respecto a las medidas de la satisfacción, la salud mental y la edad del paciente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el factor frecuentación en cuanto a las puntuaciones de salud del GHQ, $t = -4,387$; $p = 0,021$, de forma que los *HF*s ($M = 2,09$; $dt = 0,49$) tienen una peor salud mental que los *NF*s ($M = 1,90$; $dt = 0,44$) ($d = 0,40$). En el HADS también se hallaron diferencias significativas en el mismo sentido, $t = -4,083$; $p = 0,016$ donde los *HF*s ($M = 0,86$; $dt = 0,52$) tienen peores indicadores de salud mental que los *NF*s ($M = 0,67$; $dt = 0,47$) ($d = 0,38$). No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la satisfacción y la edad del paciente.

Para estas medidas -salud mental, satisfacción, y edad del paciente- también se hallaron diferencias estadísticamente significativas en función del tipo de síntomas para el GHQ, $t = -6,007$; $p < 0,01$, donde los pacientes con *SMI* ($M = 2,14$; $dt = 0,5$) reportan

una peor salud mental que los pacientes con *SME* ($M=1,88$; $dt=0,40$) ($d= 0,57$). En el HADS se hallaron diferencias significativas en el mismo sentido, $t= -6,011$; $p < 0,01$ donde los pacientes con *SMI* ($M=0,92$; $dt=0,59$) reportan peores indicadores de salud mental que los pacientes con *SME* ($M=0,63$; $dt=0,92$) ($d= 0,37$). Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes en cuanto a la satisfacción con el médico y la edad de los mismos.

Tabla 10. Medias de salud mental, satisfacción y edad del paciente en función de su frecuentación

	Frecuentación		<i>T</i>	<i>df</i>	<i>d de Cohen</i>
	Normofrecuentador	Hiperfrecuentador			
GHQ	1,90 (,44)	2,09 (,49)	-4,487***	225,356	,40
HADS	,67 (,47)	,86 (,52)	-4,083***	227,896	,38
Satisfacción	5,29 (,70)	5,38 (,70)	-1,343	699	
Edad	47,81 (16,95)	53,66 (16,65)	-3,804	709	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < 0.001$

Tabla 11. Medias de salud mental, satisfacción y edad del paciente en función de su frecuentación

	Tipo de síntomas		<i>T</i>	<i>df</i>	<i>d de Cohen</i>
	Sme	Smi			
GHQ	1,88 (,40)	2,14 (,55)	-6,007***	224,928	,57
HADS	0,63 (,44)	0,92 (,59)	-6,011***	227,191	,37
Satisfacción	5,37 (,69)	5,36 (,74)	0,180	870	
Edad	48,97 (17,21)	48,51 (16,66)	0,324	888	

* p < .05, **p < .01, ***p < 0.001

Respecto a las características sociodemográficas y de salud de la muestra de pacientes, se han analizado las diferencias existentes entre pacientes *NFs* e *HF*s y de pacientes con *SMI* y con *SME* en función de la clasificación subjetiva. De cara a los objetivos de este estudio, se consideró como la clasificación más relevante a tener en cuenta para conocer las características de la muestra.

Se ha hallado que dentro de los pacientes *HF*s predomina el sexo femenino, el no estar soltero y el diagnóstico de enfermedad mental. A su vez, dichos pacientes presentan evidencias de una peor salud mental a partir de las puntuaciones obtenidas en el GHQ y en el HADS.

Las características para el perfil de paciente hiperfrecuentador coinciden con algunas de las encontradas por estudios previos con muestra española y no española (Vedsted y Christensen, 2005; Robles et al., 2009; Savageau et al., 2006, Bellón et al.,

1999; Karlsson et al., 1997; Karlsson et al, 1994; Gill, Sharpe y Mayou, 1998, Zantinge et al., 2004).

Para los pacientes con *SMI*, se ha hallado que también predomina el sexo femenino, el contar con diagnóstico de enfermedad mental, a la vez que presentan peores indicadores de salud mental.

Respecto a la satisfacción de los pacientes, no se han obtenido diferencias en relación a esta variable en la comparación de pacientes *HF*s y *NF*s ni de pacientes con *SMI* y con *SME*. Dichos resultados coinciden con los hallados en otros estudios tanto dentro como fuera de España (Hodgson et al., 2005; Heywood et al., 1998; Hernán et al., 2002; Arillo et al., 2006) y divergen con otros que afirman diferencias respecto a esta variable (Ágreda y Yanguas, 2001).

7.2. Efectos del Tipo de Paciente sobre las variables del cuestionario de diario del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria

Se realizaron ANOVA de dos factores y de ANCOVA para comprobar el efecto del tipo de paciente sobre las variables del cuestionario de diario contestado por el médico al finalizar la consulta con cada paciente.

Los factores incluidos en dicho análisis son la frecuentación y el tipo de síntomas. Para cada factor se utilizan las tres clasificaciones del tipo de paciente descritas en el apartado 6.3.2.1 a efectos de determinar si la percepción del médico explica parte de los efectos del paciente sobre las variables mencionadas.

7.2.1. Efectos del tipo de paciente sobre el Agotamiento Emocional según el criterio subjetivo

Frente al incumplimiento de alguno de los supuestos de normalidad y de homogeneidad de varianza en la variable agotamiento emocional, se ha corregido y utilizado para los análisis, el inverso de dicha variable.

Se confirman las hipótesis H.1.a y H.1.d., referidas a que los pacientes *HF*s y los pacientes con *SMI* clasificados como tales en función del criterio subjetivo, generarán un agotamiento emocional significativamente superior en los médicos en comparación con los pacientes *NF*s y con *SME* respectivamente.

Se observan efectos principales estadísticamente significativos de la frecuentación sobre el agotamiento emocional del médico [F (1,683)= 27,754; $p < 0,001$; $\eta^2=0,039$] y efectos del tipo de síntomas sobre el agotamiento emocional [F (1,683)= 16,829; $p < 0,001$; $\eta^2=0,024$].

De esta forma, los pacientes *HF*s provocan un agotamiento emocional mayor ($M=2,00$; $dt=1,10$) que los pacientes *NF*s ($M=1,42$; $dt=0,75$) con un tamaño del efecto pequeño ($d= 0,61$), y los pacientes con *SMI* ($M=2,10$; $dt=1,08$) que los pacientes con *SME* ($M=1,49$; $dt=0,79$) con un tamaño del efecto pequeño ($d=0,64$). Estos resultados permiten confirmar las hipótesis H.1.a y H.1.d respectivamente.

No se observan diferencias estadísticamente significativas de la interacción de ambos factores sobre el agotamiento emocional [F (1,683) = 1,217; $p=0,270$; $\eta^2=0,002$].

7.2.1.1. Pruebas no paramétricas de los efectos del tipo de paciente sobre el Agotamiento Emocional según el criterio subjetivo

Dado que la variable agotamiento emocional no cumple con los supuestos de normalidad e igualdad de varianzas, se realizaron contrastes no paramétricos para dos muestras independientes a fin de confirmar los resultados obtenidos en el ANOVA. En dichos análisis se obtuvieron los mismos resultados que en el ANOVA tanto para el factor frecuentación ($U= 27482, 000; p < 0,001$) como en función del tipo de síntomas ($U= 34083,500; p < 0,001$).

7.2.1.2. Análisis de covarianza de los efectos del tipo de paciente sobre el Agotamiento Emocional según el criterio subjetivo

Con el objeto de controlar el efecto del *burnout* del médico en cuanto a la relación del tipo de paciente sobre el agotamiento emocional del profesional luego de la consulta, se realizó un ANCOVA introduciendo como covariable la sub escala de agotamiento emocional global del profesional. Las correlaciones entre el agotamiento emocional y el *burnout* se presentan en Tabla 12, donde se aprecian correlaciones significativas entre la primera y el agotamiento emocional global del EMFyC.

En dicho análisis se han hallado los mismos resultados que los de ANOVA una vez que se controlan los efectos del *burnout* del médico. De esta forma, se mantienen los efectos estadísticamente significativos de la frecuentación sobre el agotamiento emocional del médico [$F(1,634) = 28, 107; p < 0,001; \eta^2=0,042$] y en función del tipo de síntomas sobre el agotamiento emocional [$F(1,634)= 15, 814; p < 0,001; \eta^2=0,024$]. También se mantienen los efectos no significativos de la interacción de ambos factores sobre el agotamiento emocional [$F(1,634) = 0, 825; p=0,364; \eta^2=0,001$].

Tabla 12. Correlaciones entre el Burnout y el Agotamiento Emocional

	Agotamiento emocional	Agotamiento emocional global	Despersonalización	Logro personal
Agotamiento emocional	–	,196**	-,007	,014
Agotamiento emocional global		–	,419**	,312**
Despersonalización			–	,401**
Logro personal				–

Nota * $p < .05$, ** $p < .01$

7.2.2. Efectos del tipo de paciente sobre el Agotamiento Emocional según el criterio objetivo

Se someten a contraste empírico las hipótesis H.1.b y H.1.e., en cuanto a que no existirán diferencias estadísticamente significativas sobre el agotamiento emocional entre los pacientes *HF*s y los *NF*s y los pacientes con *SMI* y con *SME*, clasificados como tales a través del criterio objetivo.

No se observan efectos estadísticamente significativos de la frecuentación sobre el agotamiento emocional del médico [$F(1,738) = 0,198$; $p = 0,656$; $\eta^2 = 0,000$] ni en función del tipo de síntomas sobre el agotamiento emocional [$F(1,738) = 0,105$; $p = 0,746$; $\eta^2 = 0,000$] ni de la interacción de ambos factores sobre el agotamiento emocional [$F(1,738) = 0,047$; $p = 0,829$; $\eta^2 = 0,000$].

Dichos resultados permiten afirmar la confirmación de las hipótesis H.1.b y H.1.e.

7.2.2.1. Pruebas no paramétricas de los efectos del tipo de paciente sobre el Agotamiento Emocional según el criterio objetivo

Para confirmar los resultados del ANOVA, se han realizado contrastes no paramétricos para dos muestras independientes. En dichos análisis se obtuvieron los mismos resultados no significativos que en el ANOVA, tanto para el factor frecuentación ($U=65111,000$; $p=0,072$) como en función del tipo de síntomas ($U=12752,500$; $p=0,841$).

7.2.2.2. Análisis de covarianza de los efectos del tipo de paciente sobre el Agotamiento Emocional según el criterio objetivo

También se realizó un ANCOVA introduciendo como covariable la sub escala de agotamiento emocional global del médico. Se han obtenido los mismos resultados que los de ANOVA, una vez controlados los efectos del *burnout* del profesional.

No se observan efectos estadísticamente significativos de la frecuentación sobre el agotamiento emocional del médico [$F(1,687)=0,622$; $p=0,431$; $\eta^2=0,001$] ni en función del tipo de síntomas sobre el agotamiento emocional [$F(1,687)=0,028$; $p=0,866$; $\eta^2=0,000$] ni de la interacción de ambos factores sobre el agotamiento emocional [$F(1,687)=0,023$; $p=0,878$; $\eta^2=0,000$].

7.2.3. Efectos del Tipo de Paciente sobre el Agotamiento Emocional según el criterio conjunto

Se contrastan las hipótesis H.1.c y H.1.f., en cuanto a que los pacientes *HF*s y los pacientes con *SMI* calificados como tales en función del criterio conjunto, provocarán un agotamiento emocional significativamente mayor en los médicos, en comparación con los pacientes *NF*s y con *SME*, respectivamente.

Se observan efectos principales estadísticamente significativos en función del tipo de síntomas sobre el agotamiento emocional del médico [F (1,818) = 4,113; $p= 0,043$; $\eta^2=0,005$].

De esta forma, los pacientes con *SMI* generan un mayor agotamiento emocional ($M=2,21$; $dt =1,18$) que los pacientes con *SME* ($M=1,59$; $dt=0,87$) con un tamaño del efecto pequeño ($d=0,59$). Los resultados obtenidos permiten confirmar la hipótesis H.1.f.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas de la frecuentación sobre el agotamiento emocional [F (1,818)= 0,960; $p= 0,328$; $\eta^2= 0,001$] ni de la interacción de ambos factores sobre el agotamiento emocional [F (1,818)= 1,262; $p= 0,262$; $\eta^2= 0,002$].

7.2.3.1. Pruebas no paramétricas de los efectos del tipo de paciente sobre el Agotamiento Emocional según el criterio conjunto

Para confirmar los resultados del ANOVA se han realizado contrastes no paramétricos para dos muestras independientes. En dichos análisis se verificaron los resultados significativos obtenidos en el ANOVA en función del tipo de síntomas ($U= 6577, 000$; $p= 0,004$). No obstante, se hallaron efectos estadísticamente significativos para el factor frecuentación sobre el agotamiento emocional ($U= 33241,000$; $p< 0,001$).

7.2.3.2. Análisis de covarianza de los efectos del tipo de paciente sobre el Agotamiento Emocional según el criterio conjunto

También se realizó un ANCOVA introduciendo como covariable la sub escala de agotamiento emocional global del médico.

Se han hallado los mismos resultados que los de ANOVA una vez controlado el nivel del *burnout* del médico. Así, se mantienen los efectos estadísticamente significativos en función del tipo de síntomas sobre el agotamiento emocional del médico [F (1,763)= 4,506; $p= 0,034$; $\eta^2=0,006$], y los efectos no significativos de la frecuentación sobre el agotamiento emocional [F (1,763)= 1,709; $p= 0,299$; $\eta^2= 0,001$] y de la interacción de ambos factores sobre el agotamiento emocional [F (1,763)= 1667; $p= 0,197$; $\eta^2=0,002$].

En la Tabla 13 se presenta un resumen de los resultados obtenidos para los análisis de ANOVA sobre la variable agotamiento emocional, y en la Tabla 14 se resumen las medias de la variable en función de los tres criterios de clasificación de los pacientes.

Tabla 13. Resumen de los ANOVA para el Agotamiento Emocional en función de los tres criterios de clasificación del tipo de paciente

	Criterio subjetivo				Criterio objetivo				Criterio conjunto			
	<i>Gl</i>	F	η^2	<i>P</i>	<i>gl</i>	F	η^2	<i>P</i>	<i>gl</i>	F	η^2	<i>p</i>
Frecuentación (F)	1	27,754	,039	,000	1	,198	,000	,656	1	,960	,001	,328
Tipo de síntomas (TS)	1	16,829	,024	,000	1	,105	,000	,746	1	,322	,005	,043
F x TS	1	1,217	,002	,270	1	,047	,000	,829	1	,099	,002	,262
Error	686	(,072)		,000	741	(,080)		,656	821	(,078)		

Tabla 14. Resumen de medias para el Agotamiento Emocional en función del criterio subjetivo

Agotamiento emocional		
Frecuentación criterio subjetivo	Media	N
Normofrecuentador (N)	1,42 (.75)	541
Hiperfrecuentador (H)	2 (1,10)	146
Tipo de síntomas criterio subjetivo		
<i>SME</i>	1,49 (.79)	667
<i>SMI</i>	2,10 (1,08)	155
Frecuentación y Tipo de síntomas criterio subjetivo		
<i>NSME</i>	1,39 (.71)	479
<i>NSMI</i>	1,67 (.94)	62
<i>HSME</i>	1,80 (1,04)	86
<i>HSMI</i>	2,28 (1,13)	60

En la Tabla 46 de los Anexos, se presenta un resumen de los resultados obtenidos para los análisis de ANCOVA de la variable agotamiento emocional, en función de los tres criterios de clasificación de los pacientes.

A continuación, en la Figura 10 se pueden observar las medias del agotamiento emocional en función de la frecuentación y del tipo de síntomas del paciente según el criterio de clasificación subjetivo.

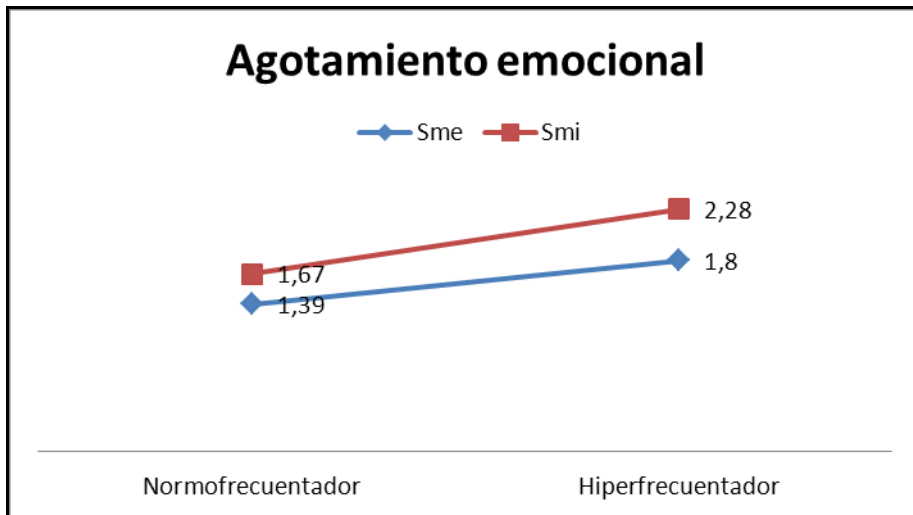


Figura 10. Medias en el Agotamiento emocional en función de la frecuentación y el tipo de síntomas según el criterio subjetivo

7.2.4. Efectos del tipo de paciente sobre la Demanda según el criterio subjetivo

Frente al incumplimiento de alguno de los supuestos de normalidad y de homogeneidad de varianza en la variable demanda, se ha corregido y se ha utilizado el logaritmo neperiano de dicha variable para realizar los análisis.

Se contrastan las hipótesis H.2.a y H.2.d., referidas a que los pacientes *HF*s y los pacientes con *SMI*, clasificados como tales en función del criterio subjetivo, demandarán más a los médicos en comparación con los pacientes *NF*s y con *SME* respectivamente.

Se observan efectos principales estadísticamente significativos de la frecuentación sobre la demanda [$F(1,694) = 119,329; p < 0,001; \eta^2 = 0,147$] y en función del tipo de síntomas sobre la demanda [$F(1,694) = 28,353; p < 0,001; \eta^2 = 0,039$].

De esta forma, los pacientes *HF*s provocan una mayor demanda ($M = 2,89; dt = 1,13$) que los pacientes *NF*s ($M = 1,62; dt = 0,85$) con un tamaño del efecto grande ($d = 1,27$) y

los pacientes con *SMI* ($M=2,81$; $dt=1,21$) que los pacientes con *SME* ($M=1,76$; $dt=0,94$) con un tamaño del efecto pequeño ($d= 0,96$). Los resultados obtenidos apoyan las hipótesis H.2.a y H.2.d., respectivamente.

No se observan diferencias estadísticamente significativas de la interacción de ambos factores sobre la demanda [$F(1,694)=0,016$; $p=0,899$; $\eta^2=0,000$].

7.2.4.1. Pruebas no paramétricas de los efectos del tipo de paciente sobre la Demanda según el criterio subjetivo

Dado que la variable demanda incumple los supuestos de normalidad e igualdad de varianzas, se realizaron contrastes no paramétricos para dos muestras independientes a fin de confirmar los resultados obtenidos en el ANOVA. En dichos análisis se obtuvieron los mismos resultados que en el ANOVA para el factor frecuentación ($U=15893,000$; $p<0,001$) y en función del tipo de síntomas ($U=30387,500$; $p<0,001$).

7.2.4.2. Análisis de covarianza de los efectos del tipo de paciente sobre la Demanda según el criterio subjetivo

Con el objeto de controlar el efecto del *burnout* del médico en cuanto a la relación del tipo de paciente sobre la demanda, se realizó un ANCOVA introduciendo como covariable la sub escala de agotamiento emocional global del profesional. Las correlaciones entre la demanda y el *burnout* se presentan en la Tabla 15 donde se aprecian correlaciones significativas entre la primera y el agotamiento emocional global del EMFyC.

Se han hallado los mismos resultados que los de ANOVA una vez controlado el *burnout* del médico. Así se mantienen los efectos estadísticamente significativos de la

frecuentación sobre la demanda [F (1,636)= 118,936; $p < 0,001$; $\eta^2=0,158$] y en función del tipo de síntomas sobre la demanda [F (1,636)= 21,920; $p < 0,001$; $\eta^2=0,033$]. También se mantienen los efectos no significativos de la interacción de ambos factores sobre el agotamiento emocional (F (1,636)= 0,028; $p = 0,866$; $\eta^2 = 0,000$).

Tabla 15. Correlaciones entre el Burnout y la Demanda

	Demanda	Agotamiento emocional global	Despersonalización	Logro personal
Demanda	–	,108**	-,007	-,029
Agotamiento emocional global		–	,419**	,312**
Despersonalización			–	,401**
Logro personal				–

* $p < .05$, ** $p < .01$

7.2.5. Efectos del tipo de paciente sobre la Demanda según el criterio objetivo

Se analizan las hipótesis H.2.b y H.2.e., acerca de que no existirán diferencias estadísticamente significativas sobre la demanda entre los pacientes *HF*s y los *NF*s y los pacientes con *SMI* y con *SME*, clasificados como tales a través del criterio objetivo.

No se observan efectos estadísticamente significativos de la frecuentación sobre la demanda [F (1,765)= 0,116; $p = 0,734$; $\eta^2 = 0,000$] ni en función del tipo de síntomas sobre la demanda [F (1,765)= 0,178; $p = 0,673$; $\eta^2 = 0,000$] ni de la interacción de ambos factores sobre la demanda [F (1,765)= 0,038; $p = 0,846$; $\eta^2 = 0,000$]. Estos resultados verifican las hipótesis H.2.b y H.2.e.

7.2.5.1. Pruebas no paramétricas de los efectos del tipo de paciente sobre la Demanda según el criterio objetivo

Para confirmar los resultados obtenidos en el ANOVA se han realizado contrastes no paramétricos para dos muestras independientes. En dichos análisis se obtuvieron los mismos resultados que en el ANOVA para el factor frecuentación ($U= 71085, 000$; $p= 0,151$) y en función del tipo de síntomas ($U= 13437,000$; $p= 0,788$).

7.2.5.2. Análisis de covarianza de los efectos del tipo de paciente sobre la Demanda según el criterio objetivo

También se realizó un ANCOVA introduciendo como covariable la sub escala de agotamiento emocional global del médico, obteniéndose los mismos resultados que en el ANOVA una vez controlados los niveles de *burnout* del médico.

No se observan efectos estadísticamente significativos de la frecuentación sobre la demanda [$F (1,688) =0,668$; $p=0,414$; $\eta^2=0,001$] ni en función del tipo de síntomas sobre la demanda [$F (1,688)= 0,005$; $p=0,941$; $\eta^2=0,000$] ni de la interacción ambos factores sobre la demanda [$F (1,688) = 0, 001$; $p=0,976$; $\eta^2=0,000$].

7.2.6. Efectos del tipo de paciente sobre la Demanda según el criterio conjunto

Se someten a contraste las hipótesis H.2.c y H.2.f., en cuanto a que los pacientes *HF*s y los pacientes con *SMI* clasificados como tales desde el criterio conjunto, exigirán una mayor demanda en comparación con los pacientes *NF*s y con *SME* respectivamente.

Se observan efectos principales estadísticamente significativos de la frecuentación sobre la demanda [F (1,867)= 6,332; $p= 0,012$; $\eta^2=0,003$] y en función del tipo de síntomas sobre la demanda [F (1,867) = 10,174; $p= 0,001$; $\eta^2=0,012$].

Así, los pacientes *HF*s demandan más ($M=2,88$; $dt= 1,07$) que los pacientes *NF*s ($M=1,81$; $dt = 1,00$) con un tamaño del efecto pequeño ($d= 1,03$) y los pacientes con *SMI* ($M=2,93$; $dt = 1,34$) que los pacientes con *SME* ($M=1,94$; $dt =1,06$) con un tamaño del efecto pequeño ($d= 0,81$). Dichos resultados permiten confirmar las hipótesis H.2.c y H.2.f., respectivamente.

No se hallaron efectos estadísticamente significativos para la interacción de ambos factores sobre la demanda [F (1, 867)= 2,395; $p=0,122$].

7.2.6.1. Pruebas no paramétricas de los efectos del tipo de paciente sobre la Demanda según el criterio conjunto

Para confirmar los resultados del ANOVA se han realizado contrastes no paramétricos para dos muestras independientes. En dichos análisis se obtuvieron los mismos resultados que en el ANOVA tanto para el factor frecuentación ($U= 22047, 000$; $p< 0,001$) y en función del tipo de síntomas ($U= 5778, 500$; $p< 0,001$).

7.2.6.2. Análisis de covarianza de los efectos del tipo de paciente sobre la Demanda según el criterio conjunto

También se realizó un ANCOVA introduciendo como covariable la sub escala de agotamiento emocional global del profesional.

Se obtuvieron los mismos resultados que en el ANOVA al controlar el *burnout* del médico. Se mantienen los efectos estadísticamente significativos de la frecuentación

sobre la demanda [F (1,765)= 11,197; $p= 0,001$; $\eta^2= 0,014$] y en función del tipo de síntomas sobre la demanda [F (1,765)= 6,610; $p= 0,01$; $\eta^2= 0,009$]. También se mantienen los efectos no significativos de la interacción de ambos factores sobre la demanda [F (1,765)= 3,066; $p= 0,080$; $\eta^2= 0,004$].

A continuación, en la Tabla 16 se presenta un resumen de los resultados obtenidos para los análisis de ANOVA para la variable demanda y en la Tabla 17 se resumen las medias de la variable, en función de los tres criterios de clasificación de los pacientes.

Tabla 16. Resumen de los ANOVA para la Demanda en función de los tres criterios de clasificación del tipo de paciente

	Criterio subjetivo				Criterio objetivo				Criterio conjunto			
	<i>Gl</i>	F	η^2	<i>P</i>	<i>gl</i>	F	η^2	<i>P</i>	<i>gl</i>	F	η^2	<i>p</i>
Frecuentación (F)	1	119,329	,147	,000	1	,116	,000	,734	1	10,174	,012	,001
Tipo de síntomas (TS)	1	28,353	,039	,000	1	,178	,000	,673	1	6,332	,007	,012
F x TS	1	,016	,000	,899	1	,038	,000	,846	1	2,395	,003	,122
Error	697	(,202)			768	(,273)			870	(,240)		

Tabla 17. Resumen de medias para la Demanda en función del criterio subjetivo

Demanda			
Frecuentación criterio subjetivo		Media	N
	Normofrecuentador (N)	1,62 (.85)	548
	Hiperfrecuentador (H)	2,89 (1,13)	150
Tipo de síntomas criterio subjetivo			
	<i>SME</i>	1,76 (.94)	701
	<i>SMI</i>	2,81 (1,21)	170
Frecuentación y Tipo de síntomas criterio subjetivo			
	<i>NSME</i>	1,56 (.80)	482
	<i>NSMI</i>	2,06 (1,06)	66
	<i>HSME</i>	2,60 (1,06)	87
	<i>HSMI</i>	3,28 (1,12)	63

En la Tabla 47 de los Anexos, se presenta un resumen de los resultados obtenidos para los análisis de ANCOVA de la variable demanda, en función de los tres criterios de clasificación de los pacientes.

Seguidamente, en la Figura 11 se ofrecen los resultados de las medias de la demanda en función de la frecuentación y del tipo de síntomas del paciente según el criterio de clasificación subjetivo.

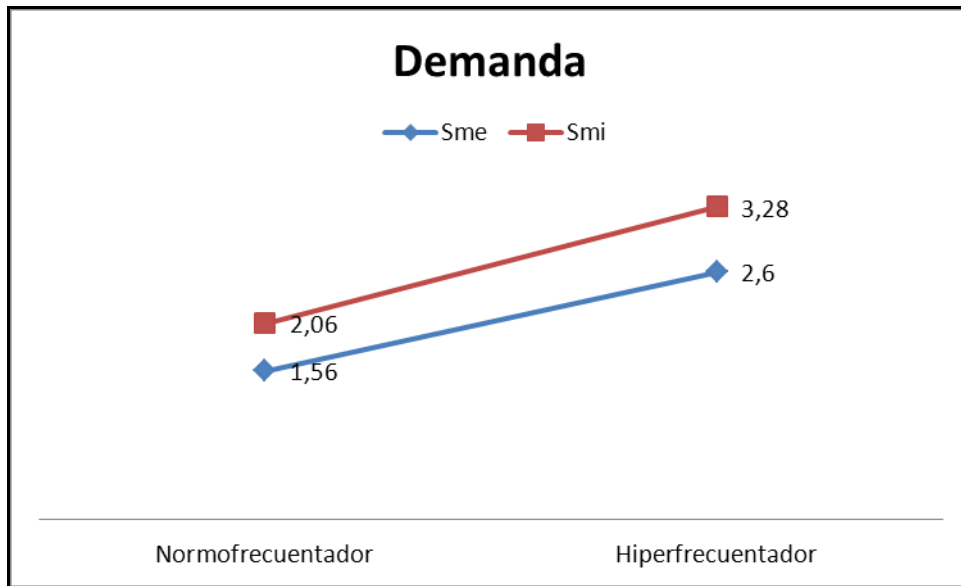


Figura 11 Medias en la Demanda en función de la frecuentación y el tipo de síntomas según el criterio subjetivo

7.2.7. Efectos del tipo de paciente sobre la Retroalimentación según el criterio subjetivo

Dado que los rangos de respuesta para la variable retroalimentación son diferentes, se ha tipificado y transformado en puntuaciones T. Se soportan los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianza para la variable transformada.

Se contrastan las hipótesis H.3.a y H.3.d., referidas a que los pacientes *HF*s y los pacientes con *SMI*, clasificados como tales en función del criterio subjetivo, retroalimentarán menos en sentido positivo a los médicos en comparación con los pacientes *NF*s y con *SME* respectivamente.

Se observan efectos principales estadísticamente significativos de la frecuentación sobre la retroalimentación [$F(1,586) = 11,705; p = 0,001; \eta^2 = 0,020$] y en función del tipo del tipo de síntomas sobre la retroalimentación [$F(1,586) = 9,943; p = 0,002; \eta^2 = 0,017$].

De esta forma, los pacientes *HF*s brindan una menor retroalimentación ($M=47,48$; $dt=8,09$) que los pacientes *NF*s ($M=50,28$; $dt=7,50$) con un tamaño del efecto pequeño ($d=0,35$) y los pacientes con *SMI* ($M=47,43$; $dt=8,81$) que los pacientes con *SME* ($M=50,26$; $dt=7,33$) con un tamaño del efecto pequeño ($d=0,34$). Estos resultados confirman las hipótesis H.3.a y H.3.d., respectivamente.

También se hallaron diferencias estadísticamente significativas para la interacción de ambos factores sobre la retroalimentación [$F(1,586)=5,420$; $p=0,020$; $\eta^2=0,009$].

7.2.7.1. Análisis de covarianza de los efectos del tipo de paciente sobre la Retroalimentación según el criterio subjetivo

Con el objeto de controlar el efecto del *burnout* del médico en cuanto a la relación del tipo de paciente sobre la retroalimentación, se realizó un ANCOVA introduciendo como covariables las sub escalas de agotamiento emocional global, de despersonalización y de logro personal del profesional. Las correlaciones entre la retroalimentación y el *burnout* se presentan en la Tabla 18 donde se observan correlaciones significativas entre la primera y los tres componentes del *burnout* del EMFyC.

En dicho análisis se han obtenido los mismos resultados que los de ANOVA una vez se controlan los niveles de *burnout* del médico. Se mantienen los efectos estadísticamente significativos de la frecuentación sobre la retroalimentación [$F(1,522)=12,410$; $p<0,001$; $\eta^2=0,023$], en función del tipo de síntomas sobre la retroalimentación [$F(1,522)=18,375$; $p<0,001$; $\eta^2=0,034$] y de la interacción de ambos factores sobre la retroalimentación [$F(1,522)=6,049$; $p=0,014$; $\eta^2=0,011$].

Tabla 18. Correlaciones entre el Burnout y la Retroalimentación

	Retroalimentación	Agotamiento emocional global	Despersonalización	Logro personal
Retroalimentación	–	-,252**	-,151**	-,157**
Agotamiento emocional global		–	,419**	,312**
Despersonalización			–	,401**
Logro personal				–

* $p < .05$, ** $p < .01$

7.2.8. Efectos del tipo de paciente sobre la Retroalimentación según el criterio objetivo

Se contrastan las hipótesis H.3.b y H.3.e., acerca de que no existirán diferencias estadísticamente significativas sobre la retroalimentación entre los pacientes *HF*s y los *NF*s y los pacientes con *SMI* y con *SME*, clasificados como tales a través del criterio objetivo.

No se observan efectos estadísticamente significativos de la frecuentación sobre la retroalimentación [$F(1,543) = 0,710$; $p = 0,400$; $\eta^2 = 0,001$] ni en función del tipo de síntomas sobre la retroalimentación [$F(1,543) = 0,057$; $p = 0,811$; $\eta^2 = 0,000$] ni de la interacción de ambos factores sobre la retroalimentación [$F(1,543) = 0,214$; $p = 0,644$; $\eta^2 = 0,000$]. Dichos resultados permiten afirmar la verificación de las hipótesis H.3.b y H.3.e., respectivamente.

7.2.8.1. *Análisis de covarianza de los efectos del tipo de paciente sobre la Retroalimentación según el criterio objetivo*

También se realizó un ANCOVA introduciendo como covariables las sub escalas de agotamiento emocional global, de despersonalización y de logro personal del profesional. Se han hallado los mismos resultados que los de ANOVA una vez controlado el *burnout* del médico.

No se observan efectos estadísticamente significativos de la frecuentación sobre la retroalimentación [F (1,483)= 0,304; $p= 0,582$; $\eta^2= 0,001$] ni en función del tipo de síntomas sobre la retroalimentación [F (1,483)= 1,377; $p= 0,241$; $\eta^2= 0,003$] ni de la interacción de ambos factores sobre la retroalimentación [F (1,483)= 0,410; $p= 0,522$; $\eta^2= 0,001$].

7.2.9. **Efectos del tipo de paciente sobre la Retroalimentación según el criterio conjunto**

Se someten a contraste las hipótesis H.3.c y H.3.f., en cuanto a que los pacientes *HF*s y los pacientes con *SMI*, clasificados como tales en función del criterio conjunto, retroalimentarán menos de forma positiva en comparación con los pacientes *NF*s y con *SME* respectivamente.

No se observan efectos principales estadísticamente significativos de la frecuentación sobre la retroalimentación [F (1,592)= 0,568; $p= 0,451$; $\eta^2= 0,001$] ni en función del tipo de síntomas sobre la retroalimentación [F (1,592)= 2,94; $p= 0,087$; $\eta^2= 0,005$] ni de la interacción de ambos factores sobre la retroalimentación [F (1,592)= 0,038; $p= 0,845$; $\eta^2= 0,000$]. En base a dichos resultados, no se han confirmado las hipótesis H.3.c y H.3.f. respectivamente.

7.2.9.1. *Análisis de covarianza de los efectos del tipo de paciente sobre la Retroalimentación según el criterio conjunto*

También se realizó un ANCOVA introduciendo como covariables las sub escalas de agotamiento emocional global, de despersonalización y de logro personal del profesional.

Se han hallado los mismos resultados que los de ANOVA al controlar el *burnout* del médico. Se mantienen los efectos no significativos de la frecuentación sobre la retroalimentación [$F(1,526) = 1,033$; $p = 0,310$; $\eta^2 = 0,002$], en función del tipo de síntomas sobre la retroalimentación [$F(1,526) = 3,589$; $p = 0,059$; $\eta^2 = 0,007$] y de la interacción de ambos factores sobre la retroalimentación [$F(1,526) = 0,010$; $p = 0,922$; $\eta^2 = 0,000$].

En la Tabla 19 se presenta un resumen de los resultados obtenidos para los análisis de ANOVA de la variable retroalimentación y en la

Tabla 20 se resumen las medias de la variable, en función de los tres criterios de clasificación de los pacientes.

Tabla 19. Resumen de los ANOVA para la Retroalimentación en función de los tres criterios de clasificación del tipo de paciente

	Criterio subjetivo				Criterio objetivo				Criterio conjunto			
	<i>gl</i>	F	η^2	<i>P</i>	<i>gl</i>	F	η^2	<i>p</i>	<i>gl</i>	F	η^2	<i>p</i>
Frecuentación (F)	1	11,705	,020	,001	1	,710	,001	,400	1	,568	,001	,451
Tipo de síntomas (TS)	1	9,943	,017	,002	1	,057	,000	,811	1	2,944	,005	,087
F x TS	1	5,420	,009	,020	1	,214	,000	,644	1	,038	,000	,845
Error	589	(57,194)			546	(57,889)			595	(58,418)		

Tabla 20. Resumen de medias para la Retroalimentación en función del criterio subjetivo

Retroalimentación			
Frecuentación criterio subjetivo		Media	N
	Normofrecuentador (N)	50,28 (7,5)	472
	Hiperfrecuentador (H)	47,48 (8,09)	118
Tipo de síntomas criterio subjetivo			
	<i>SME</i>	50,26 (7,33)	488
	<i>SMI</i>	47,43 (8,81)	108
Frecuentación y Tipo de síntomas criterio subjetivo			
	<i>NSME</i>	50,38 (7,34)	413
	<i>NSMI</i>	49,65 (8,59)	59
	<i>HSME</i>	49,41 (7,25)	71
	<i>HSMI</i>	44,56 (8,5)	47

En la Tabla 48 de los Anexos, se presenta un resumen de los resultados obtenidos para los análisis de ANCOVA de la variable retroalimentación, en función de los tres criterios de clasificación de los pacientes.

En la Figura 12 se ofrecen los resultados de las medias de la retroalimentación en función de la frecuentación y del tipo de síntomas paciente según el criterio de clasificación subjetivo.

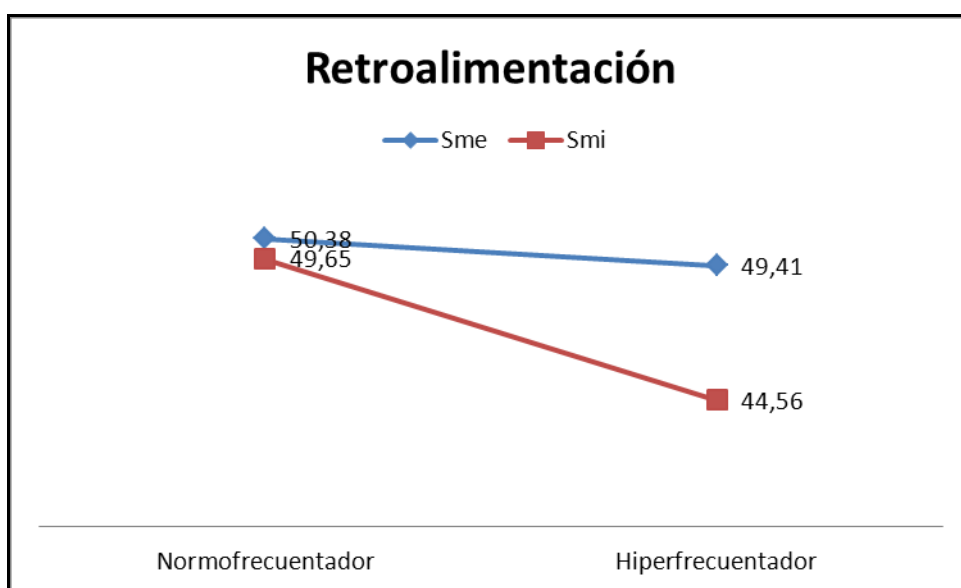


Figura 12. Medias en la Retroalimentación en función de la frecuentación y el tipo de síntomas según el criterio subjetivo

7.2.10. Efectos del tipo de paciente sobre la Percepción de Eficacia según el criterio subjetivo

Debido a que los rangos de respuesta para la variable percepción de la eficacia diferían entre sí, dicha variable se ha tipificado y transformado en puntuaciones T. Se soportan los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianza para la variable transformada.

Se someten a prueba las hipótesis H.4.a y H.4.d., referidas a que frente a los pacientes *HF*s y los pacientes con *SMI*, clasificados como tales según el criterio

subjetivo, los médicos se percibirán como menos eficaces en su actuación profesional, en comparación con los pacientes *NFs* y con *SME* respectivamente.

Se observan efectos principales estadísticamente significativos en función del tipo del tipo de síntomas sobre la eficacia [$F(1,692) = 12,986; p < 0,001; \eta^2 = 0,018$] y de la interacción de ambos factores sobre la eficacia [$F(1,692) = 7,268; p = 0,007; \eta^2 = 0,010$].

No se observan efectos estadísticamente significativos de la frecuentación sobre la eficacia [$F(1,692) = 0,733; p = 0,392; \eta^2 = 0,001$].

Así, los profesionales frente a pacientes con *SMI* se sienten menos eficaces ($M=8,01; dt=8,08$) que frente a pacientes con *SME* ($M= 10,56; dt= 7,95$) con un tamaño del efecto pequeño ($d= 0,31$). Estos resultados permiten confirmar la hipótesis H.4.d. No se confirma la hipótesis H.4.a.

7.2.10.1. Análisis de covarianza de los efectos del tipo de paciente sobre la Percepción de Eficacia según el criterio subjetivo

Con el objeto de controlar el efecto del *burnout* del médico en cuanto a la relación del tipo de paciente sobre la eficacia, se realizó un ANCOVA introduciendo como covariables las sub escalas de agotamiento emocional global, de despersonalización y de logro personal del profesional. Las correlaciones entre la percepción de eficacia y el *burnout* se presentan en la Tabla 21 en las cuales se observan correlaciones significativas entre la primera y los tres componentes del *burnout* del EMFyC

En dicho análisis se han hallado los mismos resultados que los de ANOVA una vez se controlan los niveles de *burnout* del médico. Se mantienen los efectos estadísticamente significativos en función del tipo de síntomas sobre la eficacia [F

(1,598)= 19, 826; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,032$], de la interacción de los factores frecuentación y en función del tipo de síntomas sobre la eficacia [F (1,598)= 6,105; $p = 0,014$; $\eta^2 = 0,010$] y los no significativos de la frecuentación sobre la eficacia [F (1,598) =1,947; $p = 0,163$; $\eta^2 = 0,03$].

Tabla 21. Correlaciones entre el Burnout y la Percepción de Eficacia

	Eficacia	Agotamiento emocional global	Despersonalización	Logro personal
Eficacia	–	-,089*	-,140**	-,142**
Agotamiento emocional global		–	,419**	,312**
Despersonalización			–	,401**
Logro personal				–

* $p < .05$, ** $p < .01$

7.2.11. Efectos del tipo de paciente sobre la Percepción de Eficacia sobre el criterio objetivo

Se comprueban hipótesis H.4.b y H.4.e., en cuanto a que no existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la eficacia del médico frente a los pacientes *HF*s y los *NF*s y los pacientes con *SMI* y con *SME*, los cuales son clasificados como tales a través del criterio objetivo.

No se observan efectos estadísticamente significativos de la frecuentación sobre la eficacia [F (1,745)= 0,358; $p = 0,550$; $\eta^2 = 0,000$] ni en función del tipo de síntomas sobre la eficacia [F (1,745)= 0,012; $p = 0,914$; $\eta^2 = 0,000$] ni de la interacción de ambos

factores sobre la eficacia [F (1,745)= 0,005; $p= 0,945$; $\eta^2= 0,000$]. Dichos resultados permiten confirmar las hipótesis H.4.b y H.4.e.

7.2.11.1. Análisis de covarianza de los efectos del tipo de paciente sobre la Percepción de Eficacia según el criterio objetivo

También se realizó un ANCOVA introduciendo como covariables las sub escalas de agotamiento emocional global, de despersonalización y de logro personal del profesional. Se han hallado los mismos resultados que los de ANOVA una vez controlado el *burnout* del médico.

No se observan efectos estadísticamente significativos de la frecuentación sobre la eficacia [F (1,648)= 0,015; $p= 0,901$; $\eta^2= 0,000$] ni en función del tipo de síntomas sobre la eficacia [F (1,648)= 0,440; $p= 0,507$; $\eta^2= 0,001$] ni de la interacción de ambos factores sobre la eficacia [F (1,648)= 0,078; $p= 0,781$; $\eta^2= 0,000$].

7.2.12. Efectos del tipo de paciente sobre la Percepción de Eficacia según el criterio conjunto

Se comprueban hipótesis H.4.c y H.4.f., en cuanto a que frente a pacientes *HF*s y pacientes con *SMI*, clasificados como tales en función del criterio conjunto, los médicos se sentirán menos eficaces en su trabajo en comparación con los pacientes *NF*s y con *SME* respectivamente.

No se observan efectos principales estadísticamente significativos de la frecuentación sobre la eficacia [F (1,826)= 0,250; $p= 0,617$; $\eta^2=0,000$] ni de la interacción de dicho factor y el tipo de síntomas sobre la eficacia [F (1,826)= 0,519; $p= 0,471$; $\eta^2=0,001$].

No obstante, se observan efectos estadísticamente significativos en función del tipo de síntomas sobre la eficacia [F (1,826)= 5,421; $p= 0,020$; $\eta^2=0,007$].

De esta forma, frente a pacientes con *SMI* los médicos se sienten menos eficaces ($M=6,44$, $dt=6,16$) que frente a pacientes con *SME* ($M=10,16$; $dt =8,06$) con un tamaño del efecto pequeño ($d= 0,51$). Estos resultados permiten verificar la hipótesis H.4.f. No se ha podido verificar la hipótesis H.4.c.

7.2.12.1. Análisis de covarianza de los efectos del tipo de paciente sobre la Percepción de Eficacia según el criterio conjunto

También se realizó un ANCOVA introduciendo como covariables las sub escalas de agotamiento emocional global, de despersonalización y de logro personal del médico.

Se han hallado los mismos resultados que los de ANOVA al controlar el *burnout* del médico. Se mantienen los efectos no significativos de la frecuentación sobre la eficacia [F (1,723)= 0,799; $p= 0,372$; $\eta^2= 0,001$] y de la interacción de ambos factores sobre la eficacia [F (1,723)= 0,350; $p= 0,554$; $\eta^2= 0,000$] y los efectos estadísticamente significativos en función del tipo de síntomas sobre la eficacia [F (1,723)= 4,868; $p= 0,028$; $\eta^2= 0,007$].

A continuación, en la Tabla 22 se ofrecen los resultados obtenidos para los análisis de ANOVA de la variable eficacia y en la Tabla 23 las medias de dicha variable, en función de los tres criterios de clasificación de los pacientes.

Tabla 22. Resumen de los ANOVA para la Percepción de Eficacia en función de los tres criterios de clasificación del tipo de paciente

	Criterio subjetivo				Criterio objetivo				Criterio conjunto			
	<i>Gl</i>	F	η^2	<i>P</i>	<i>gl</i>	F	η^2	<i>P</i>	<i>gl</i>	F	η^2	<i>P</i>
Frecuentación (F)	1	,733	,001	,392	1	,358	,000	,550	1	,250	,000	,617
Tipo de síntomas (TS)	1	12,986	,018	,000	1	,012	,000	,914	1	5,421	,0007	,020
F x TS	1	7,268	,010	,007	1	,005	,000	,945	1	,519	,001	,471
Error	695	(68,746)			748	(66,257)			829	(68,398)		

Tabla 23. Resumen de medias para la Percepción de eficacia en función del criterio subjetivo

Percepción de eficacia			
Frecuentación criterio subjetivo		Media	N
	Normofrecuentador (N)	10,68 (8,19)	543
	Hiperfrecuentador (H)	10,05 (9,02)	153
Tipo de síntomas criterio subjetivo			
	<i>SME</i>	10,56 (7,95)	666
	<i>SMI</i>	8,01 (8,08)	164
Frecuentación y Tipo de síntomas criterio subjetivo			
	<i>NSME</i>	10,78 (8,26)	477
	<i>NSMI</i>	9,99 (7,64)	66
	<i>HSME</i>	12,38 (8,02)	88
	<i>HSMI</i>	6,90 (9,38)	65

En la Tabla 49 de los Anexos, se presenta un resumen de los resultados obtenidos para los análisis de ANCOVA de la variable eficacia, en función de los tres criterios de clasificación de los pacientes.

A continuación, en la Figura 13 se ofrecen los resultados de las medias de la percepción de eficacia en función de la frecuentación y del tipo de síntomas del paciente según el criterio de clasificación subjetivo.

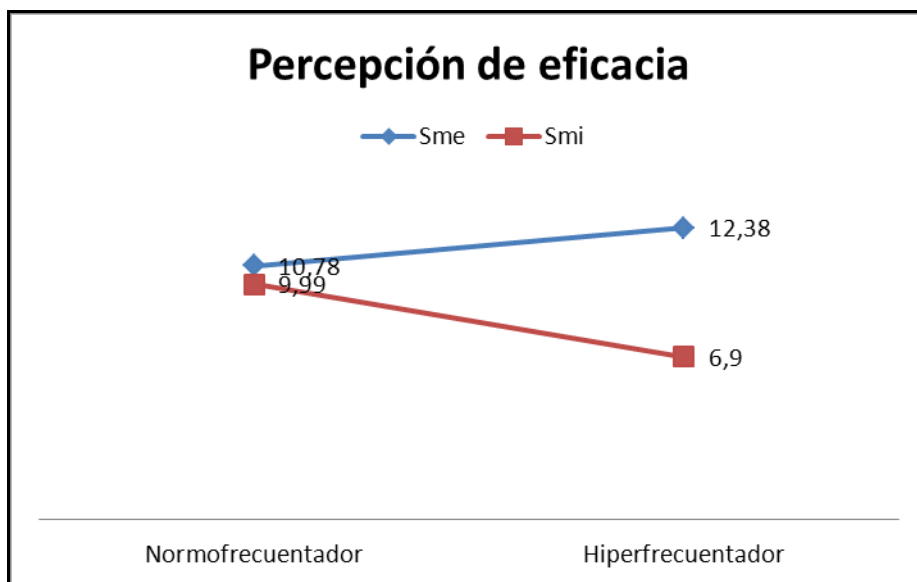


Figura 13. Medias en la Percepción de eficacia en función de la frecuentación y el tipo de síntomas según el criterio subjetivo

7.2.13. Efectos del tipo de paciente sobre el Tipo de emoción experimentada por el médico según el criterio subjetivo

Se contrastan las hipótesis H.5.a y H.5.d., acerca de que frente a los pacientes *HF*s y los pacientes con *SMI*, clasificados como tales por el criterio subjetivo, en el médico predominarán el sentir emociones negativas en comparación con los pacientes *NF*s y con *SME* respectivamente.

En cuanto a los efectos de la frecuentación del paciente sobre la experiencia emocional del médico, se observan diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=13,910$; $p < 0,001$; $C= 0,141$). De igual forma respecto al tipo de síntomas sobre la experiencia emocional ($\chi^2= 23,137$; $p < 0,001$; $C= 0,164$).

En el análisis de los residuos tipificados se observa una mayor tendencia a experimentar emociones negativas frente a pacientes *HF*s (3,7) y frente a pacientes con *SMI* (4,8) en comparación con pacientes *NF*s y con *SME* respectivamente. De esta forma, se verifican las hipótesis H.5.a y H.5.d.

Tabla 24. Emociones del médico en función del tipo de paciente según el criterio subjetivo

		Criterio subjetivo		χ^2	<i>p</i>
		Positivas %	Negativas %		
Frecuentación				13,910	,000
H		20,1	52,9		
		-3,7	+3,7		
N		79,9	47,1		
		+3,7	-3,7		
Tipo de síntomas				23,137	,000
<i>SMI</i>		18,3	50,0		
		-4,8	+4,8		
<i>SME</i>		81,7	50,0		
		+4,8	-4,8		

7.2.14. Efectos del tipo de paciente sobre el Tipo de emoción experimentada por el médico según el criterio objetivo

Se comprueban hipótesis H.5.b y H.5.e., en cuanto a que no existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la experiencia emocional del médico frente a los pacientes *HF*s y los *NF*s y los pacientes con *SMI* y con *SME* clasificados como tales a través del criterio objetivo.

Respecto a los efectos de la frecuentación del paciente sobre la experiencia emocional del médico, se observan diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=4,716$; $p=0,030$; $C=0,076$). No se observan diferencias en cuanto al tipo de síntomas sobre la experiencia emocional ($\chi^2=1,596$; $p=0,207$; $C=0,044$).

Según el análisis de los residuos tipificados corregidos, se observa una tendencia a que los médicos experimenten menos emociones negativas frente a los pacientes *HF*s (-2) en comparación con los *NF*s. De esta forma, se confirma la hipótesis H.5.e., pero no se confirma la hipótesis H.5.b.

Tabla 25. Emociones del médico en función del tipo de paciente según el criterio objetivo

		Criterio objetivo			
		Positivas %	Negativas %	χ^2	<i>p</i>
Frecuentación				4,716	,030
H		36,4	18,9		
		2,2	-2,2		
N		63,6	81,1		
		-2,2	+2,2		
Tipo de síntomas				1,596	,207
SMI		4,6	0		
		1,3	-1,3		
SME		95,4	100		
		-1,3	1,3		

7.2.15. Efectos del tipo de paciente sobre el Tipo de emoción experimentada por el médico según el criterio conjunto

Se comprueban hipótesis H.5.c y H.5.f en cuanto a que frente a pacientes *HF*s y pacientes con *SMI* calificados como tales a través del criterio conjunto, los médicos tendrán una experiencia emocional negativa en comparación con los pacientes *NF*s y con *SME*, respectivamente.

Se observan diferencias estadísticamente significativas en relación al factor frecuentación del paciente ($\chi^2= 12,131$; $p < 0,01$; $C= 0,118$) pero no en función del tipo de síntomas ($\chi^2= 3,809$; $p= 0,051$; $C= 0,066$) sobre las emociones sentidas por el médico.

De acuerdo al análisis de los residuos tipificados corregidos, los médicos tienden a sentir más emociones negativas frente a pacientes *HF*s (+3,5) en comparación con los *NF*s (-3,5). De esta forma, los resultados verifican las hipótesis H.5.f pero no la H.5.c.

Tabla 26. Emociones del médico en función del tipo de paciente según el criterio conjunto

		Criterio conjunto		χ^2	<i>p</i>
		Positivas	Negativas		
		%	%		
Frecuentación				12,131	,000
	H	13,8	34,2		
		-3,5	+3,5		
	N	86,2	65,8		
		+3,5	-3,5		
Tipo de síntomas				1,596	,207
	<i>SMI</i>	2,6	7,9		
		-2	+2		
	<i>SME</i>	97,4	92,1		
		+2	-2		

A continuación, en las Figura 14 y Figura 15 se representa el porcentaje de emociones positivas y negativas experimentadas por el médico, en función de los factores frecuentación y tipo de síntomas del paciente.

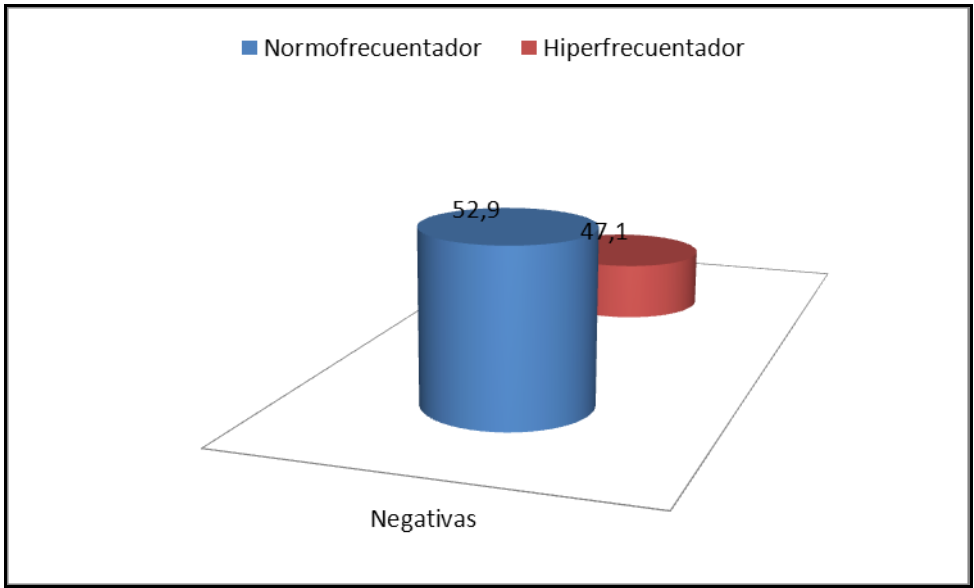


Figura 14. Porcentaje de emociones negativas del EMFyC respecto a la frecuentación del paciente, en función del criterio subjetivo

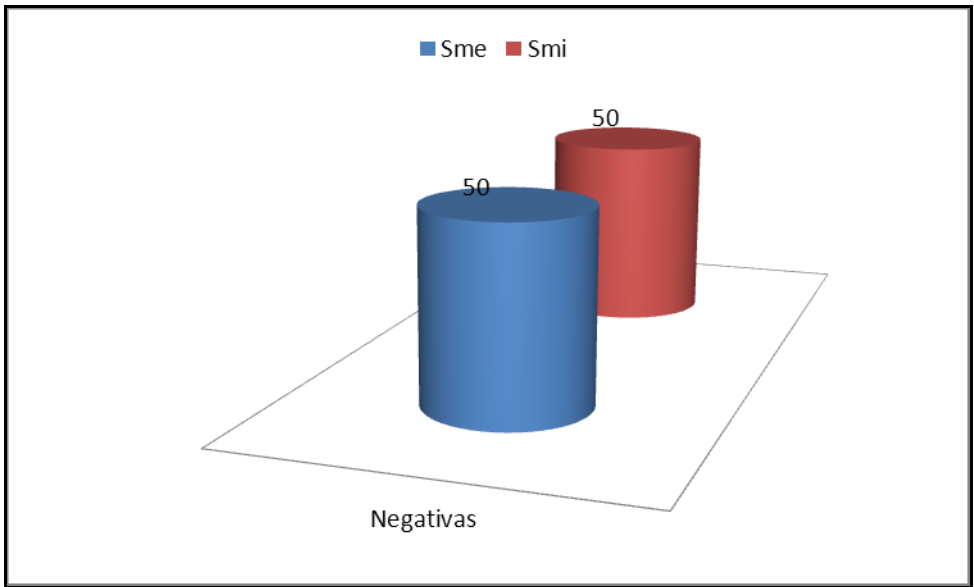


Figura 15. Porcentaje de emociones negativas del EMFyC respecto al tipo de síntomas del paciente, en función del criterio subjetivo

A continuación, se resumen las diferencias significativas halladas para las variables de diario del EMFyC, en función de los factores frecuentación y tipo de síntomas del

paciente, y de los tres criterios de clasificación de los mismos. También se presentan las hipótesis que se han corroborado a través de los análisis de ANOVA y ANCOVA y de las pruebas de chi cuadrado.

Tabla 27. Resumen de diferencias estadísticamente significativas y cumplimiento de hipótesis sobre las variables de diario, en función del criterio de clasificación subjetivo

	Criterio subjetivo			
	H – N	Cumplimento de hipótesis	SMI – SME	Cumplimento de hipótesis
Agotamiento emocional	>	√	>	√
Demanda	>	√	>	√
Retroalimentación	<	√	<	√
Percepción de eficacia	<	√	<	√
Emociones negativas	>	√	>	√

Nota: √: confirmación de hipótesis. X: no confirmación de hipótesis

Tabla 28. Resumen de diferencias estadísticamente significativas y cumplimiento de hipótesis sobre las variables de diario, en función del criterio de clasificación objetivo

	Criterio objetivo			
	H – N	Cumplimento de hipótesis	SMI – SME	Cumplimento de hipótesis
Agotamiento emocional	≈	√	≈	√
Demanda	≈	√	≈	√
Retroalimentación	≈	√	≈	√
Percepción de eficacia	≈	√	≈	√
Emociones negativas	<	X	≈	√

Nota: ≈ sin diferencias estadísticamente significativas. √: confirmación de hipótesis. X: no confirmación de hipótesis

Tabla 29. Resumen de diferencias estadísticamente significativas y cumplimiento de hipótesis sobre las variables de diario, en función del criterio de clasificación conjunto

	Criterio conjunto			
	H - N	Cumplimiento de hipótesis	<i>SMI</i> – <i>SME</i>	Cumplimiento de hipótesis
Agotamiento emocional	>	√	>	√
Demanda	>	√	>	√
Retroalimentación	≈	X	≈	X
Percepción de eficacia	≈	X	<	√
Emociones negativas	>	√	>	X

Nota: ≈ sin diferencias estadísticamente significativas. √: confirmación de hipótesis. X: no confirmación de hipótesis

7.3. Moderación del Tipo de Paciente sobre el Agotamiento Emocional

Tal y como se especificó en el apartado 6.4.2, se contrastan las hipótesis derivadas de los modelos de Conservación de Recursos (Hobfoll, 1989) y de Demandas-Recursos Laborales de Demerouti et al., (2001).

Por un lado, se analizó cómo influye el tipo de paciente en la relación de la demanda sobre el agotamiento emocional que provoca el paciente. Por otro lado, también se comprobó cómo afecta el tipo de paciente a la relación entre la retroalimentación y el agotamiento emocional. El tipo de paciente se define a partir de los factores frecuentación y tipo de síntomas, y se analizaron estas características del paciente en función de las tres clasificaciones realizadas en este estudio.

Para verificar empíricamente el segundo modelo, se comprobó el efecto de la retroalimentación positiva del paciente, sobre la relación entre la demanda y el agotamiento emocional.

A fin de comprobar los efectos del tipo de paciente y de la retroalimentación sobre el agotamiento emocional del médico en función de las demandas del primero, se realizaron análisis de moderación a través de una regresión múltiple por pasos. En el primer paso de dicha regresión se introdujeron variables sociodemográficas (el sexo) y de personalidad del médico (autoevaluaciones fundamentales) como variables de control. En el segundo paso las variables independiente y moderadora para observar sus efectos principales. En el último paso se introdujo la interacción entre ambas (Aiken y West, 1991; Cohen y Cohen, 1983).

Cuando se verificaron efectos moderadores de las variables mencionadas, se comprobó la significación de la pendiente (Frazier et al., 2004) y se realizaron gráficos para conocer el sentido de la moderación.

Se ha estandarizado la variable independiente para minimizar los efectos de la multicolinealidad (Aiken y West, 1991).

7.3.1. Moderación del tipo de paciente en la relación de la Demanda sobre el Agotamiento Emocional según el criterio subjetivo

Se contrastan las hipótesis H.6.1.a y H.6.1.d., referidas a que la relación positiva entre la demanda y el agotamiento emocional será mayor para pacientes *HF*s y con *SMI*, clasificados como tales a través del criterio subjetivo, que frente a pacientes *NF*s y con *SME* respectivamente.

Se observa un efecto moderador de la frecuentación sobre la relación de la demanda y el agotamiento emocional del médico ($B = -0,141$; $SE = 0,33$; $p < 0,001$; $\Delta R^2 = 0,018$; $p < 0,001$) el cual explica un 1,8% de la varianza total. A su vez, se observa un efecto

principal de la variable demanda sobre el agotamiento emocional ($B= 0,428$; $SE= 0,033$; $p < 0,001$).

Tabla 30. Moderación de la frecuentación en la relación de la Demanda sobre el Agotamiento Emocional según el criterio subjetivo (N= 649)

Variable	Criterio subjetivo		
	B	SE	β
Paso 1			
Sexo médico	,157	,079	,078**
Autoevaluaciones fundamentales	-,122	,068	-,070
Paso 2			
Sexo médico	,170	,065	,084**
Autoevaluaciones fundamentales	-,112	,056	-,065**
Frecuentación	-,019	,040	-,018
Demanda	,482	,031	,582***
Paso 3			
Sexo médico	,184	,064	,092**
Autoevaluaciones fundamentales	-,114	,055	-,065**
Frecuentación (F)	,061	,043	,056
Demanda (D)	,428	,033	,517***
F x D	-,141	,033	-,153***

Nota. $R^2 = .009$ ** Paso 1, $R^2 = .336$ **Paso 2, $\Delta R^2 = .018$ **Paso 3

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Para entender la forma de la moderación de la frecuentación sobre la relación entre la demanda y el agotamiento emocional, se realizó un análisis cuyos gráficos están en la Figura 16.

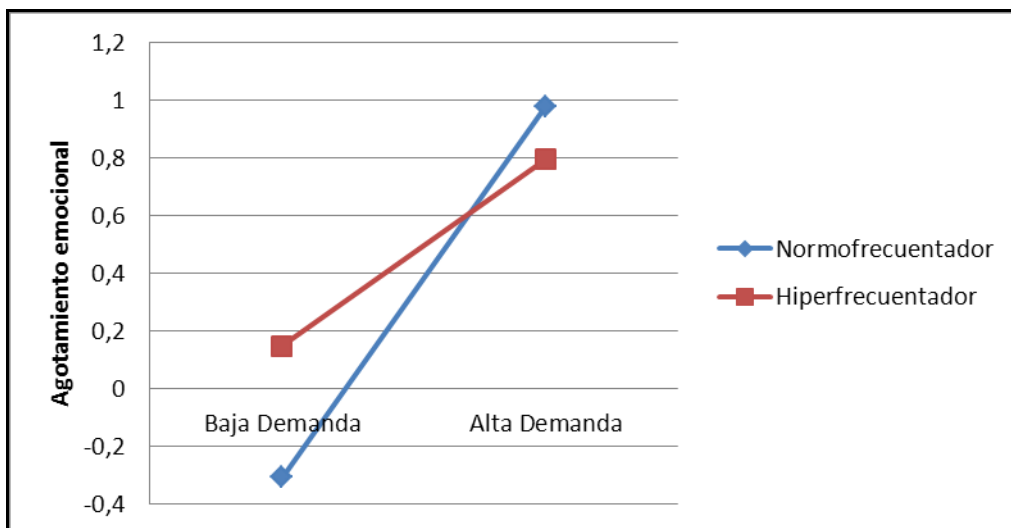


Figura 16. Moderación de la frecuentación en la relación entre la Demanda sobre el Agotamiento Emocional según el criterio subjetivo

Se observan correlaciones positivas entre la demanda y el agotamiento emocional, las cuales son mayores para los pacientes *NFs* ($r= 0,49$) que para los *HF*s ($r= 0,16$).

A su vez, se ha verificado la significación de la pendiente de regresión de la moderación de la frecuentación sobre la relación de la demanda y el agotamiento emocional. La misma es significativa tanto para los *NFs*, $t= 15, 667$ ($p < 0,001$) como para los *HF*s, $t= 5,263$ ($p < 0,001$).

Según los resultados obtenidos, la frecuentación del paciente modera la correlación positiva entre la demanda de este último y el agotamiento emocional del médico, dado que dicha relación se atenúa frente a los pacientes *HF*s. De esta forma, no se verifica la hipótesis H.6.1.a.

También se analizó la moderación entre la demanda y el agotamiento emocional en función del tipo de síntomas. En los resultados obtenidos para estos análisis no se hallaron efectos moderadores del factor tipo de síntomas ($B = -0,002$; $SE = 0,028$; $p = 0,944$) sobre la relación entre ambas variables, por lo que no se comprueba la hipótesis H.6.1.d.

Tabla 31. Moderación del tipo de síntomas en la relación de la Demanda sobre el Agotamiento Emocional según el criterio subjetivo (N= 784)

Variable	Criterio subjetivo		
	B	SE	β
Paso 1			
Sexo médico	,038	,072	,019
Autoevaluaciones fundamentales	-,203	,061	-,119**
Paso 2			
Sexo médico	,081	,057	,040
Autoevaluaciones fundamentales	-,115	,049	-,067**
Tipo de síntomas	,044	,034	,039
Demanda	,490	,025	,597***
Paso 3			
Sexo médico	,081	,057	,040
Autoevaluaciones fundamentales	-,115	,049	-,067**
Tipo de síntomas (TS)	,045	,037	,040
Demanda (D)	,489	,028	,596***
TS x D	-,002	,028	-,002

Nota. $R^2 = .013$ ** Paso 1, $R^2 = .384$ **Paso 2, $\Delta R^2 = .000$ Paso 3

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < 0.001$

7.3.2. Moderación del tipo de paciente en la relación de la Demanda sobre el Agotamiento Emocional según el criterio objetivo

Se contrastan las hipótesis H.6.1.b y H.6.1.e, en cuanto a que en función del criterio objetivo, no habrá diferencias en la relación positiva entre la demanda y el agotamiento emocional entre pacientes *HF*s y *NF*s. Tampoco habrá diferencias entre pacientes con *SMI* y *SME*.

No se hallaron efectos moderadores de la frecuentación sobre la relación de la demanda y el agotamiento emocional del médico ($B= 0,025$; $SE= 0,027$; $p= 0,364$). Según estos resultados se comprueba la hipótesis H.6.1.b.

Respecto a la moderación en función del tipo de síntomas, tampoco se han hallado efectos moderadores en función de dicho factor sobre la relación entre la demanda y el agotamiento emocional ($B= 0,026$; $SE= 0,055$; $p= 0,632$). Según estos resultados se verifica la hipótesis H.6.1.e.

Tabla 32. Moderación de la frecuentación en la relación de la Demanda sobre el Agotamiento Emocional según el criterio objetivo (N= 746)

Variable	Criterio objetivo		
	B	SE	β
Paso 1			
Sexo médico	,033	,075	,016
Autoevaluaciones fundamentales	-,210	,063	-,123**
Paso 2			
Sexo médico	,081	,059	,040
Autoevaluaciones fundamentales	-,122	,050	-,072**
Frecuentación	-,018	,027	-,020
Demanda	,497	,024	,603***
Paso 3			
Sexo médico	,082	,059	,041
Autoevaluaciones fundamentales	-,122	,050	-,072**
Frecuentación (F)	-,016	,027	-,018
Demanda (D)	,509	,027	,617***
F x D	,025	,027	,030

Nota. $R^2 = .013$ ** Paso 1, $R^2 = .376$ **Paso 2, $\Delta R^2 = .001$ Paso 3

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tabla 33. Moderación del tipo de síntomas en la relación de la Demanda sobre el Agotamiento Emocional según el criterio objetivo (N= 740)

Variable	Criterio objetivo		
	B	SE	β
Paso 1			
Sexo médico	,049	,073	,025
Autoevaluaciones fundamentales	-,175	,062	-,104**
Paso 2			
Sexo médico	,086	,058	,044
Autoevaluaciones fundamentales	-,111	,049	-,066**
Tipo de síntomas	-,006	,061	-,003
Demanda	,503	,024	,610***
Paso 3			
Sexo médico	,087	,058	,045
Autoevaluaciones fundamentales	-,111	,049	-,066*
Tipo de síntomas (TS)	-,006	,061	-,003
Demanda (D)	,527	,055	,639***
TS x D	,026	,055	,032

Nota. $R^2 = .012$ ** Paso 1, $R^2 = .382$ **Paso 2, $\Delta R^2 = .000$ Paso 3

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < 0.001$

Cuando el tipo de paciente es clasificado en función del criterio objetivo, no se observan efectos moderadores de dicha variable, -ni en función de la frecuentación ni del tipo de síntomas del mismo-, respecto a la relación de la demanda y el agotamiento emocional.

7.3.3. Moderación del tipo de paciente en la relación de la Demanda sobre el Agotamiento Emocional según el criterio conjunto

Se contrastan las hipótesis H6.1.c y H.6.1.f., acerca de que la relación positiva entre la demanda y el agotamiento emocional será mayor para pacientes *HF*s y con *SMI*, clasificados como tales a través del criterio conjunto, que frente a pacientes *NF*s y con *SME* respectivamente.

Se observa un efecto moderador de la frecuentación sobre la relación de la demanda y el agotamiento emocional del médico ($B = -0,140$; $SE = 0,033$; $p < 0,001$; $\Delta R^2 = 0,014$; $p < 0,001$) que explica un 1,4% de la varianza total. Respecto a los efectos principales de las variables, éstos se han verificado para la variable demanda sobre el agotamiento emocional ($B = 0,422$; $SE = 0,033$; $p < 0,001$).

Se ha llevado a cabo un análisis para conocer la forma de la moderación de la frecuentación sobre la relación entre la demanda y el agotamiento emocional. Los resultados del mismo se ven en la Figura 17.

Tabla 34. Moderación de la frecuentación en la relación de la Demanda sobre el Agotamiento Emocional según el criterio conjunto (N=784)

Variable	Criterio conjunto		
	B	SE	β
Paso 1			
Sexo médico	,038	,072	,019
Autoevaluaciones fundamentales	-,203	,061	-,119**
Paso 2			
Sexo médico	,081	,057	,040
Autoevaluaciones fundamentales	-,110	,049	-,064**
Frecuentación	-,055	,038	-,044
Demanda	,515	,025	,628***
Paso 3			
Sexo médico	,092	,056	,046
Autoevaluaciones fundamentales	-,093	,049	-,054*
Frecuentación (F)	,050	,045	,040
Demanda (D)	,422	,033	,514***
F x D	-,140	,033	-,165***

Nota. $R^2 = .013$ ** Paso 1, $R^2 = .384$ **Paso 2, $\Delta R^2 = .0014$ ** Paso 3

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < 0.001$

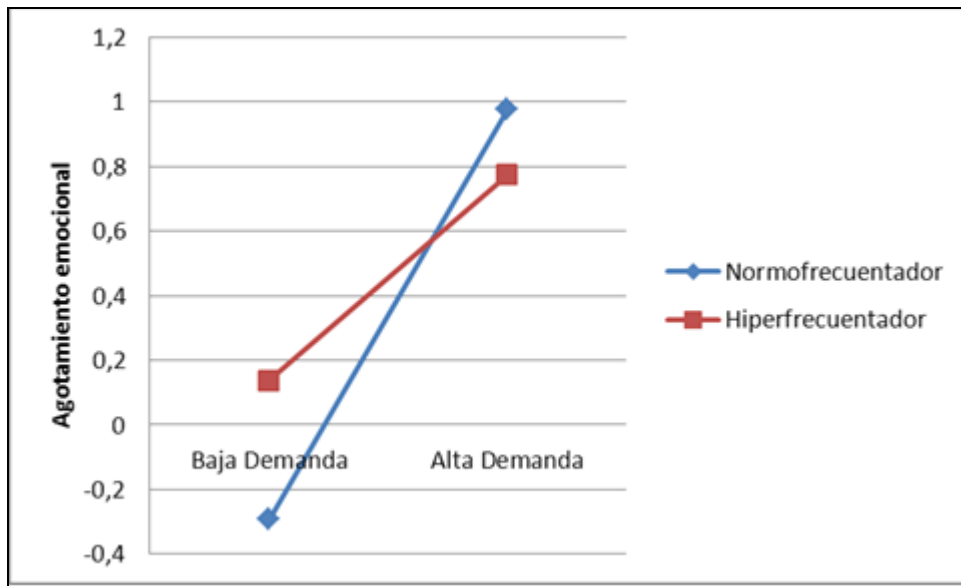


Figura 17. Moderación de la frecuentación en la relación entre la Demanda sobre el Agotamiento Emocional según el criterio conjunto

Se observan correlaciones positivas en la relación entre la demanda y el agotamiento emocional. En función del factor frecuentación, las correlaciones entre ambas variables son mayores para los pacientes *NFs* ($r= 0,57$) que para los *HF*s ($r= 0,16$).

Se ha verificado la significación de la pendiente de regresión de la moderación de la frecuentación sobre la demanda y el agotamiento emocional. Dicha pendiente es significativa tanto para los pacientes *NFs*, $t= 20, 786$ ($p < 0,001$), como para los *HF*s, $t=4, 662$ ($p < 0,001$).

De acuerdo a los resultados obtenidos, la frecuentación modera la correlación positiva entre la demanda y el agotamiento emocional del médico, puesto que la relación entre ambas variables se atenúa frente a pacientes *HF*s. Así, no se verifica la hipótesis H6.1.c.

Respecto a la moderación en función del tipo de síntomas sobre la relación de la demanda y el agotamiento emocional del médico ($B = -0,023$; $SE = 0,056$; $p = 0,681$), no se han verificado efectos moderadores del tipo de sintomatología sobre la relación de ambas variables, por lo que no se confirma la hipótesis H.6.1.f.

Tabla 35. Moderación del tipo de síntomas en la relación de la Demanda sobre el Agotamiento Emocional según el criterio conjunto (N= 784)

Variable	Criterio conjunto		
	B	SE	β
Paso 1			
Sexo médico	,038	,072	,019
Autoevaluaciones fundamentales	-,203	,061	-,119**
Paso 2			
Sexo médico	,079	,057	,040
Autoevaluaciones fundamentales	-,117	,049	-,068**
Tipo de síntomas	,038	,075	,014
Demanda	,499	,023	,609***
Paso 3			
Sexo médico	,079	,057	,040
Autoevaluaciones fundamentales	-,118	,049	-,069**
Tipo de síntomas (TS)	,060	,092	,023
Demanda (D)	,478	,056	,583***
TS x D	-,023	,056	-,028

Nota. $R^2 = .013$ ** Paso 1, $R^2 = .383$ ** Paso 2, $\Delta R^2 = .000$ Paso 3

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < 0.001$

7.3.4. Moderación del tipo de paciente en la relación de la Retroalimentación sobre el Agotamiento Emocional según el criterio subjetivo

Se contrastan las hipótesis H.6.2.a y H.6.2.d., referidas a que la relación negativa entre la retroalimentación y el agotamiento emocional será mayor frente a pacientes *HF*s y frente a pacientes con *SMI*, clasificados como tales a través del criterio subjetivo, que frente a pacientes *NF*s y con *SME* respectivamente.

Se observa un efecto moderador de la frecuentación sobre la relación de la retroalimentación y el agotamiento emocional del médico ($B = -0,109$; $SE = 0,040$; $p = 0,007$; $\Delta R^2 = 0,010$; $p = 0,007$) que explica un 1% de la varianza total y se observa un tamaño del efecto pequeño. Respecto a los efectos principales, se verifican efectos tanto para la variable retroalimentación ($B = -0,405$; $SE = 0,040$; $p < 0,001$) como para la frecuentación ($B = 0,250$; $SE = 0,042$; $p < 0,001$).

Para comprobar la forma de la moderación de la frecuentación sobre la relación entre la retroalimentación y el agotamiento emocional, se realizó un análisis cuyos gráficos están en la Figura 18.

Tabla 36. Moderación de la frecuentación en la relación de la Retroalimentación sobre el Agotamiento Emocional según el criterio subjetivo (N= 549)

Variable	Criterio subjetivo		
	B	SE	β
Paso 1			
Sexo médico	,119	,085	,060
Autoevaluaciones fundamentales	-,080	,080	-,043
Paso 2			
Sexo médico	,202	,075	,102**
Autoevaluaciones fundamentales	,005	,070	,003
Frecuentación	,271	,042	,244***
Retroalimentación	-,345	,033	-,394***
Paso 3			
Sexo médico	,176	,075	,089**
Autoevaluaciones fundamentales	,001	,070	,001
Frecuentación (F)	,250	,042	,225***
Retroalimentación (R)	-,405	,040	-,462***
F x R	-,109	,040	-,123**

Nota. $R^2 = .002$ Paso 1, $R^2 = .240$ **Paso 2, $\Delta R^2 = .010$ **Paso 3

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < 0.001$

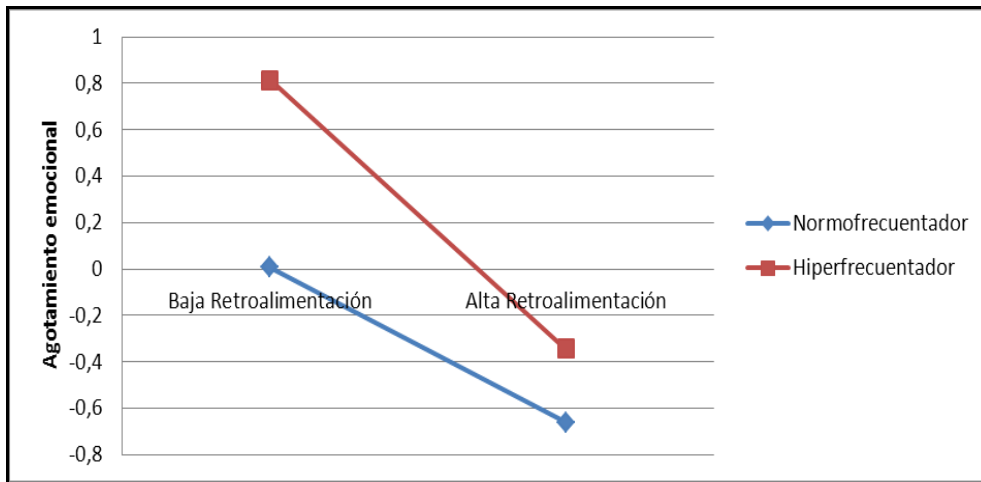


Figura 18. Moderación de la frecuentación en la relación de la Retroalimentación sobre el Agotamiento Emocional según el criterio subjetivo

Se observan correlaciones negativas en la relación entre la retroalimentación positiva y el agotamiento emocional. En función del factor frecuentación, tanto para los pacientes *NFs* ($r = -0,29$) como para pacientes *HF*s ($r = -0,27$) se aprecian correlaciones bajas.

También se ha corroborado la significación de la pendiente de regresión de la frecuentación tanto para pacientes *NFs*, $t = -7,875$ ($p < 0,001$), como para *HF*s $t = -7,318$ ($p < 0,001$).

En función de los resultados obtenidos, la frecuentación modera la correlación negativa entre la retroalimentación del paciente y el agotamiento emocional del médico, la cual aumenta frente a pacientes *NFs* en comparación con los *HF*s. De esta forma, no se verifica la hipótesis H.6.2.a.

También se analizaron los efectos moderadores del tipo de síntomas del paciente sobre la relación de la retroalimentación y el agotamiento emocional. No se hallaron

efectos moderadores en función de dicha variable ($B = -0,069$; $SE = 0,039$; $p = 0,076$), por lo que no se confirma la hipótesis H.6.2.d.

Tabla 37. Moderación del tipo de síntomas en la relación de la Retroalimentación sobre el Agotamiento Emocional según el criterio subjetivo (N= 555)

Variable	Criterio subjetivo		
	B	SE	β
Paso 1			
Sexo médico	,116	,085	,058
Autoevaluaciones fundamentales	-,087	,080	-,046
Paso 2			
Sexo médico	,198	,076	,100**
Autoevaluaciones fundamentales	-,011	,071	-,006
Tipo de síntomas	,205	,043	,181***
Retroalimentación	-,353	,034	-,403***
Paso 3			
Sexo médico	,209	,076	,105**
Autoevaluaciones fundamentales	-,007	,071	-,004
Tipo de síntomas (TS)	,192	,044	,169***
Retroalimentación (R)	-,389	,039	-,444***
TS x R	-,069	,039	-,078

Nota. $R^2 = .003$ Paso 1, $R^2 = .214$ **Paso 2, $\Delta R^2 = .004$ Paso 3

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < 0.001$

7.3.5. Moderación del tipo de paciente en la relación de la Retroalimentación sobre el Agotamiento Emocional según el criterio objetivo

Se comprueban las hipótesis H.6.2.b y H.6.2.e., en cuanto a que no existirán diferencias respecto a la relación negativa entre la retroalimentación y el agotamiento emocional, entre pacientes *HF*s y *NF*s y los pacientes con *SMI* y con *SME*, clasificados como tales en función del criterio objetivo.

Se observa un efecto moderador de la frecuentación sobre la relación de la retroalimentación y el agotamiento emocional del médico ($B= 0,100$; $SE= 0,037$; $p= 0,008$; $\Delta R^2= 0,011$; $p= 0,008$) que explica un 1% de la varianza total con un tamaño del efecto pequeño. También se observan efectos principales de las variables retroalimentación ($B= -0,327$; $SE= 0,037$; $p < 0,001$) y de la frecuentación ($B= -0,084$; $SE= 0,084$; $p= 0,026$).

Para confirmar la forma de la moderación de la frecuentación sobre la relación entre la retroalimentación y el agotamiento emocional, se efectuó un análisis donde los gráficos del mismo están en la Figura 19.

Tabla 29. Moderación de la frecuentación en la relación de la Retroalimentación sobre el Agotamiento Emocional según el criterio objetivo (N= 534)

Variable	Criterio objetivo		
	B	SE	β
Paso 1			
Sexo médico	,105	,089	,052
Autoevaluaciones fundamentales	-,096	,081	-,051
Paso 2			
Sexo médico	,189	,080	,093**
Autoevaluaciones fundamentales	-,022	,074	-,012
Frecuentación	-,071	,037	-,075*
Retroalimentación	-,365	,035	-,418***
Paso 3			
Sexo médico	,192	,080	,095**
Autoevaluaciones fundamentales	-,007	,073	-,004
Frecuentación (F)	-,084	,038	-,088*
Retroalimentación (R)	-,327	,037	-,374***
F x R	,100	,037	,114**

Nota. $R^2 = .002$ Paso 1, $R^2 = .186$ **Paso 2, $\Delta R^2 = .011$ **Paso 3

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < 0.001$

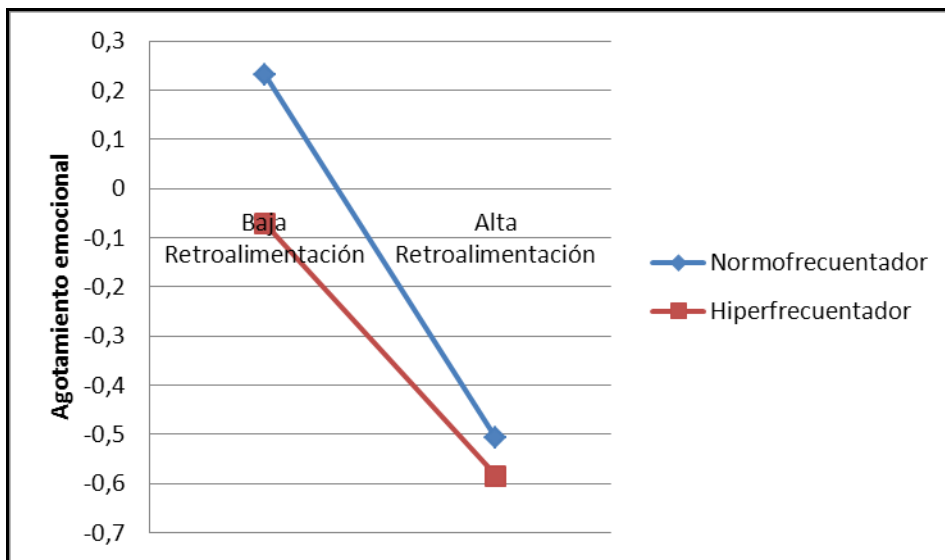


Figura 19. Moderación de la frecuentación en la relación de la Retroalimentación sobre el Agotamiento Emocional según el criterio objetivo

Se observan correlaciones negativas en la relación entre la retroalimentación positiva y el agotamiento emocional. En función del factor frecuentación, la relación entre dichas variables es mayor para pacientes *NFs* ($r = -0,40$) en comparación con los *HF*s ($r = -0,14$).

También se ha confirmado la significación de la pendiente de regresión de la frecuentación tanto para pacientes *NFs*, $t = -10,300$ ($p < 0,001$), como para *HF*s, $t = -3,636$ ($p < 0,001$).

De acuerdo a los resultados obtenidos, la frecuentación modera la correlación negativa entre la retroalimentación del paciente y el agotamiento emocional del médico dado que la misma se atenúa frente a los *HF*s. Así, no se verifica la hipótesis H.6.2.b.

En cuanto a la moderación en función del tipo de síntomas sobre la relación entre la retroalimentación y el agotamiento emocional, no se hallaron efectos moderadores de

dicho factor sobre la relación entre ambas variables ($B= 0,098$; $SE= 0,072$; $p= 0,179$).

Estos resultados permiten confirmar la hipótesis H.6.2.e.

Tabla 38. Moderación del tipo de síntomas en la relación de la Retroalimentación sobre el Agotamiento Emocional según el criterio objetivo (N= 528)

Variable	Criterio objetivo		
	B	SE	β
Paso 1			
Sexo médico	,139	,085	,072
Autoevaluaciones fundamentales	-,055	,080	-,030
Paso 2			
Sexo médico	,224	,078	,116**
Autoevaluaciones fundamentales	,017	,073	,009
Tipo de síntomas	,032	,075	,017
Retroalimentación	-,366	,035	-,418***
Paso 3			
Sexo médico	,225	,078	,116**
Autoevaluaciones fundamentales	,021	,073	,012
Tipo de síntomas (TS)	,031	,075	,016
Retroalimentación (R)	-,280	,072	-,321***
TS x R	,098	,072	,111

Nota. $R^2 = .003$ Paso 1, $R^2 = .173$ **Paso 2, $\Delta R^2 = .003$ Paso 3

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < 0.001$

7.3.6. Moderación del tipo de paciente en la relación de la Retroalimentación sobre el Agotamiento Emocional según el criterio conjunto

Se contrastan las hipótesis H.6.2.c y H.6.2.f. acerca de que la relación negativa entre la retroalimentación y el agotamiento emocional será mayor frente a pacientes *HF*s que frente a pacientes *NF*s y frente a pacientes con *SMI* respecto a pacientes con *SME*, cuando los mismos sean clasificados como tales por el criterio conjunto.

Se observa un efecto moderador de la frecuentación sobre la relación de la retroalimentación y el agotamiento emocional del médico ($B = -0,086$; $SE = 0,42$; $p = 0,04$; $\Delta R^2 = 0,006$; $p = 0,040$) que explica un 0,6% de la varianza total, con un tamaño del efecto pequeño. A su vez, se observan efectos principales para las variables retroalimentación ($B = -0,406$; $SE = 0,041$; $p < 0,001$) y para la frecuentación ($B = 0,240$; $SE = 0,045$; $p < 0,001$).

Para comprobar la forma de la moderación de la frecuentación sobre la relación entre la retroalimentación y el agotamiento emocional, se realizó un análisis cuyos gráficos están en la Figura 20.

Tabla 39. Moderación de la frecuentación en la relación de la Retroalimentación sobre el Agotamiento Emocional según el criterio conjunto (N=555)

Variable	Criterio conjunto		
	B	SE	β
Paso 1			
Sexo médico	,116	,085	,058
Autoevaluaciones fundamentales	-,087	,080	-,046
Paso 2			
Sexo médico	,217	,075	,109**
Autoevaluaciones fundamentales	-,018	,071	-,010
Frecuentación	,256	,045	,216***
Retroalimentación	-,354	,033	-,405***
Paso 3			
Sexo médico	,199	,075	,100**
Autoevaluaciones fundamentales	-,025	,071	-,013
Frecuentación (F)	,240	,045	,202***
Retroalimentación (R)	-,406	,041	-,463***
F x R	-,086	,042	-,098**

Nota. $R^2 = .003$ Paso 1, $R^2 = .228$ **Paso 2, $\Delta R^2 = .006$ **Paso 3

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < 0.001$

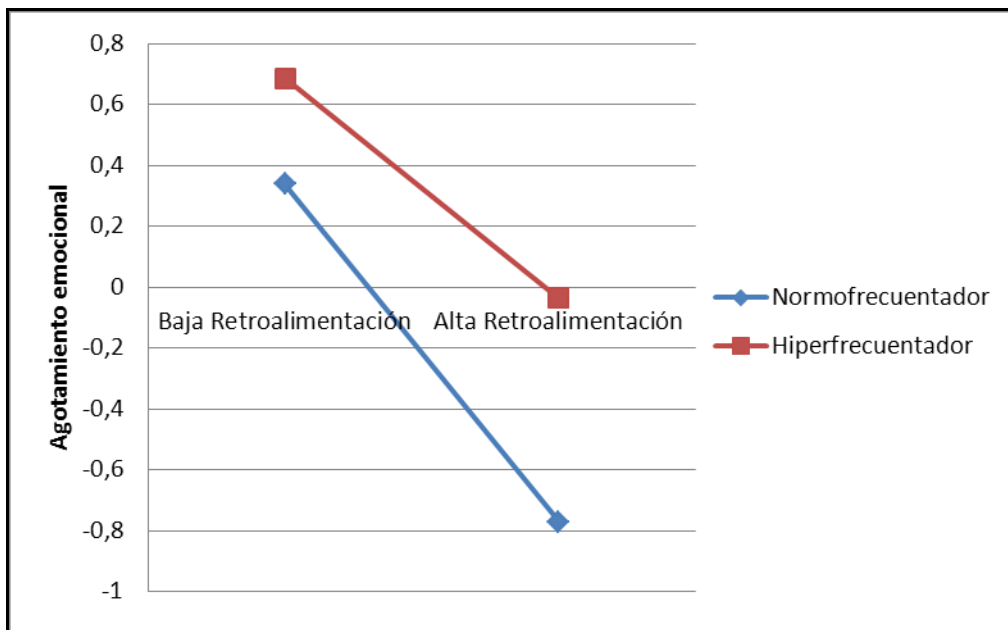


Figura 20. Moderación de la frecuentación en la relación de la Retroalimentación sobre el Agotamiento Emocional según el criterio conjunto

Hay correlaciones negativas en la relación entre la retroalimentación positiva y el agotamiento emocional. En función del factor frecuentación, tanto para los pacientes *NFs* ($r = -0,32$) como para pacientes *HF*s ($r = -0,24$) se aprecian correlaciones bajas.

También se ha corroborado la significación de la pendiente de regresión de la frecuentación tanto para pacientes *NFs*, $t = -8,621$ ($p < 0,001$), como para *HF*s $t = -6,611$ ($p < 0,001$).

De acuerdo a los resultados obtenidos, la frecuentación modera la correlación negativa entre la retroalimentación del paciente y el agotamiento emocional del médico, la cual se atenúa frente a *HF*s en comparación con los *NFs*. En función de estos datos, no se verifica la hipótesis H.6.2.c.

También se analizó la moderación entre la retroalimentación y el agotamiento emocional en función del tipo de síntomas. En los resultados obtenidos para estos análisis no se hallaron efectos moderadores de dicho factor sobre la relación entre la retroalimentación y el agotamiento emocional ($B = -0,098$; $SE = 0,072$; $p = 0,179$). De acuerdo a estos resultados no se verifica la hipótesis H.6.2.f.

Tabla 40. Moderación del tipo de síntomas en la relación de la Retroalimentación sobre el Agotamiento Emocional según el criterio conjunto (N= 528)

Variable	Criterio conjunto		
	B	SE	β
Paso 1			
Sexo médico	,139	,085	,072
Autoevaluaciones fundamentales	-,055	,080	-,030
Paso 2			
Sexo médico	,224	,078	,116**
Autoevaluaciones fundamentales	,017	,073	,009
Tipo de síntomas	,032	,075	,017
Retroalimentación	-,366	,035	-,418**
Paso 3			
Sexo médico	,225	,078	,116**
Autoevaluaciones fundamentales	,021	,073	,012
Tipo de síntomas (TS)	,031	,075	,016
Retroalimentación (R)	-,280	,072	-,321**
TS x R	,098	,072	,111

Nota. $R^2 = .003$ Paso 1, $R^2 = .173$ **Paso 2, $\Delta R^2 = .003$ Paso 3

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

7.3.7. Moderación de la Retroalimentación en la relación de la Demanda sobre el Agotamiento Emocional

En base al modelo de Demandas-Recursos (Demerouti et al., 2001) se pretende comprobar si la relación positiva entre la demanda y el agotamiento emocional es mayor frente a bajos niveles de retroalimentación que frente a altos niveles de dicha variable. En la Tabla 33 se observan las correlaciones entre dichas variables.

Tabla 33. Correlaciones entre el Agotamiento emocional, la Retroalimentación y la Demanda

	Agotamiento emocional	Retroalimentación	Demanda
Agotamiento emocional	–	-,411**	,624**
Retroalimentación		–	-,337**
Demanda			–

* $p < .05$, ** $p < .01$

Se contrasta la hipótesis H.6.3.a., referida a que la relación positiva entre la demanda y el agotamiento emocional será menor cuando exista una mayor retroalimentación positiva por parte del paciente.

Se halló un efecto moderador de la retroalimentación positiva sobre la relación de la demanda y el agotamiento emocional del médico ($B = -0,076$; $SE = 0,027$; $p = 0,004$; $\Delta R^2 = 0,008$; $p = 0,004$) que explica un 0,8% de la varianza total, con un tamaño del efecto pequeño. También se observan efectos principales de la demanda ($B = 0,420$; $SE = 0,030$; $p < 0,001$) y de la retroalimentación ($B = -0,219$; $SE = 0,030$; $p < 0,001$).

Tabla 41. Moderación de la Retroalimentación en la relación entre la Demanda sobre el Agotamiento emocional (N= 555)

Variable	B	SE	β
Paso 1			
Sexo médico	,116	,085	,058
Autoevaluaciones fundamentales	-,087	,080	-,046
Paso 2			
Sexo médico	,173	,065	,087**
Autoevaluaciones fundamentales	,019	,061	,010
Retroalimentación	-,218	,030	-,249***
Demanda	,443	,029	,526***
Paso 3			
Sexo médico	,164	,064	,083**
Autoevaluaciones fundamentales	,023	,061	,012
Retroalimentación (R)	-,219	,030	-,250**
Demanda (D)	,420	,030	,499***
R x D	-,076	,027	-,095**

Nota. $R^2 = .003$ Paso 1, $R^2 = .427$ **Paso 2, $\Delta R^2 = .008$ **Paso 3

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < 0.001$

Para comprobar la forma de la de la moderación de la retroalimentación sobre la relación entre la demanda y el agotamiento emocional, se ha dicotomizado la variable moderadora (retroalimentación). Los gráficos que representan la forma de la moderación se aprecian en la Figura 21.

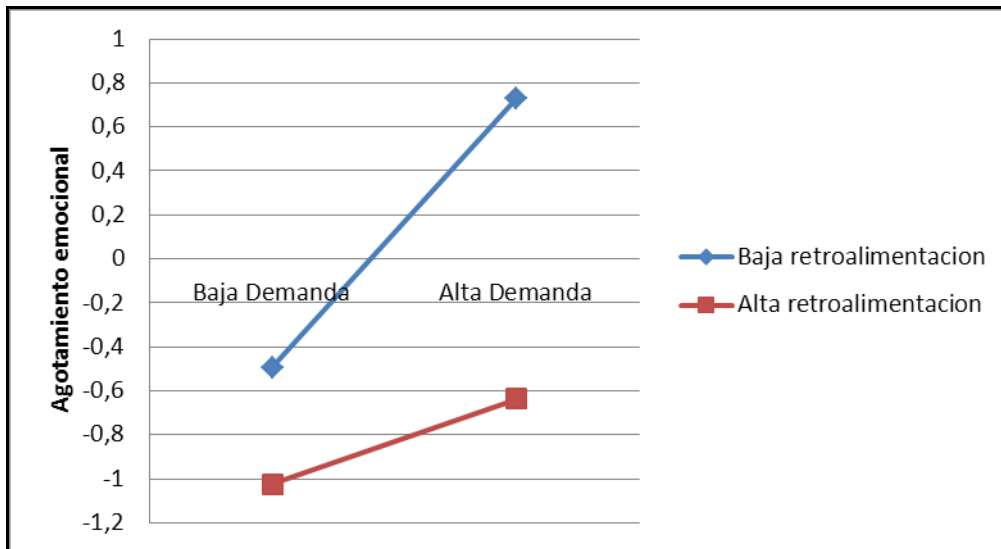


Figura 21. Moderación de la Retroalimentación en la relación de la Demanda sobre el Agotamiento Emocional

Se observan correlaciones positivas en la relación entre la demanda y el agotamiento emocional. En función de la retroalimentación del paciente, para niveles bajos de dicha variable se observan correlaciones altas ($r= 0,44$) mientras que frente a niveles altos de retroalimentación no hay correlación entre ambas variables ($r= -0,02$). Según estos resultados, existe una moderación total de la retroalimentación respecto a la relación entre la demanda y el agotamiento emocional.

También se ha comprobado la significación de la pendiente de regresión para bajos y altos niveles de retroalimentación. Dicha significación ha sido verificada para bajos niveles de retroalimentación, $t= 8, 285$ ($p < 0,001$). No se ha corroborado la significación de la pendiente de regresión para altos niveles de retroalimentación, $t= -0,498$ ($p= 0,619$).

De acuerdo con los resultados obtenidos, la retroalimentación del paciente modera la correlación positiva entre la demanda de éste último y el agotamiento emocional del

médico. Hay una mayor relación entre ambas variables frente a bajos niveles de retroalimentación por parte del paciente, lo cual verifica la hipótesis H.6.3.a.

A continuación, en las

Tabla 42, Tabla 43, Tabla 44, y Tabla 45 se ofrece un resumen sobre los análisis de moderación y el cumplimiento de hipótesis de los mismos.

Tabla 42. Resumen y cumplimiento de hipótesis de los efectos moderadores de los factores frecuentación y en función del tipo de síntomas sobre la relación de la Demanda y el Agotamiento Emocional en función del criterio de clasificación subjetivo

Relación con el AE	Criterio subjetivo			
	H - N	Cumplimiento de hipótesis	$SMI - SME$	Cumplimiento de hipótesis
Demanda	<	X	≈	X
Retroalimentación	>	X	≈	X

Nota: AE: Agotamiento emocional; ≈ sin diferencias significativa; √: confirmación de hipótesis. X: no confirmación de hipótesis

Tabla 43. Resumen y cumplimiento de hipótesis de los efectos moderadores de los factores frecuentación y en función del tipo de síntomas sobre la relación de la Demanda y el Agotamiento Emocional en función del criterio de clasificación objetivo

Relación con AE	Criterio objetivo			
	H - N	Cumplimiento de hipótesis	$SMI - SME$	Cumplimiento de hipótesis
Demanda	≈	√	≈	√
Retroalimentación	<	X	≈	√

Nota: AE: Agotamiento emocional; ≈ sin diferencias significativa; √: confirmación de hipótesis. X: no confirmación de hipótesis

Tabla 44. Resumen y cumplimiento de hipótesis de los efectos moderadores de los factores frecuentación y en función del tipo de síntomas sobre la relación de la Demanda y el Agotamiento Emocional en función del criterio de clasificación conjunto

Relación con AE	H – N	Criterio conjunto		
		Cumplimiento de hipótesis	<i>SMI – SME</i>	Cumplimiento de hipótesis
Demanda	<	X	≈	X
Retroalimentación	>	X	≈	X

Nota: AE: Agotamiento emocional; ≈ sin diferencias significativa; √: confirmación de hipótesis. X: no confirmación de hipótesis

Tabla 45. Resumen y cumplimiento de hipótesis de los efectos moderadores de la Retroalimentación sobre el Agotamiento Emocional

Relación con AE	Alta retroalimentación	Cumplimiento de hipótesis
Demanda	<	√

Nota: AE: Agotamiento emocional

CAPÍTULO 8

8. Discusión

8.1. Consideraciones Generales

A continuación, se comentan los resultados obtenidos en relación a los objetivos específicos y generales de la investigación y a las hipótesis planteadas. También se exponen las conclusiones desprendidas de dichos hallazgos, y las implicaciones y aportaciones acerca del tema investigado. Por último, se mencionan las limitaciones de dicha investigación.

En relación al primer objetivo específico de este trabajo centrado en los efectos de la atención a pacientes que hiperfrecuentan y presentan *SMI*, los resultados confirman la existencia de consecuencias negativas entre dicha atención y el bienestar y la percepción de eficacia del EMFyC. Los datos permiten afirmar que tanto el factor frecuentación como el tipo de síntomas, por separado y de forma conjunta, están relacionados con las variables del profesional mencionadas previamente. En ese sentido, este estudio supone una aportación empírica novedosa dado que trabajos previos consideraban ambos factores indistintamente, sin comprobar la presencia de efectos principales para cada uno de ellos. Cabe destacar que en dichos resultados se aprecia un tamaño del efecto medio o bajo, lo que debe contribuir a la reflexión sobre el alcance del fenómeno y su importancia.

Respecto al objetivo referido a que las variables del médico inciden en la relación médico-paciente, otra de las aportaciones relevantes del estudio tiene que ver con la comprobación de la importancia que tiene la percepción del profesional sobre el

paciente y sus características, y la influencia de ello sobre el bienestar y percepción de eficacia del EMFyC. En este sentido los resultados son concluyentes, la percepción de hiperfrecuentación y/o de *SMI* es condición *necesaria y suficiente* para que aparezca una relación negativa entre ambos factores y los efectos sobre el profesional. Cuando el profesional no percibe estas características del paciente, la relación desaparece. Este resultado es relevante puesto que apunta a la presencia de un conjunto de variables psicológicas y psicosociales del EMFyC -creencias, actitudes y expectativas- ligadas a la atención de este tipo paciente que explican mejor los efectos de la hiperfrecuentación y la sintomatología médicamente inexplicable. En esta línea, estudios recientes reflejan cómo los patrones de atribución del profesional sobre las causas de la enfermedad y conductas del paciente condicionan las estrategias de regulación emocional que pone en marcha el EMFyC y su nivel de bienestar asociado a éstas (Crego, Martínez-Iñigo, Tschan, en prensa). La inclusión de estas variables psicológicas y psicosociales contribuye a la justificación teórica para el desarrollo de intervenciones basadas en técnicas cognitivo-conductuales que permitan al médico exponerse a este tipo de pacientes sin que se produzca ningún daño. Algunas experiencias pilotos en este sentido muestran una mejora significativa en el bienestar de los EMFyC (Martínez-Iñigo, Crego, Hervás y Martínez, 2009).

La tercera de las aportaciones de la investigación, tiene que ver con la aplicación de los modelos de estrés laboral de COR (Hobfoll, 1989) y de Demandas-Recursos Laborales (Demerouti et al., 2001) al estudio de la relación con el paciente y el bienestar del EMFyC. Los resultados obtenidos permiten una comprensión más detallada sobre la relación entre las demandas y la retroalimentación con el bienestar del profesional en el caso de la atención a pacientes *HF*s. Aunque en sentido contrario al esperado, el nivel de frecuentación modera la relación entre las demandas y la retroalimentación con el

bienestar del EMFyC, la cual, paradójicamente, es mayor en el caso de los *NFs*. A su vez, nuevamente parece que las expectativas del profesional a partir del tipo de paciente que atiende juegan un papel importante en la explicación de los efectos sobre su bienestar, puesto que los resultados mencionados ocurren cuando el paciente es clasificado desde el criterio subjetivo. Los datos relacionados al tipo de síntomas no reflejan moderación de este factor en la relación de las variables mencionadas. En cuanto a estos datos, cabe destacar que se han encontrado tamaños del efecto pequeños, lo que obliga a ser precavidos en las afirmaciones realizadas acerca de dichos resultados y a plantear modelos más complejos sobre las condiciones bajo las cuales la demanda y la retroalimentación son factores relevantes para la explicación del bienestar profesional.

Por último y en relación a la comprobación de los modelos de estrés mencionados, los resultados reflejan que el nivel de demanda emocional es uno de los factores que se relacionan positivamente con el agotamiento emocional, tal y como predicen dichos modelos. El estudio también confirma el papel de las relaciones sociales en la recuperación frente a las demandas emocionales, encontrando una relación negativa entre la retroalimentación que recibe el profesional y su nivel de agotamiento. Finalmente se confirma la moderación de la retroalimentación sobre el agotamiento emocional en función de los niveles de demanda. Así, frente a bajos niveles de retroalimentación la relación positiva entre las variables mencionadas –demanda y agotamiento emocional- es mayor y significativa que frente a altos niveles de retroalimentación.

A continuación, se discuten de forma pormenorizada los resultados obtenidos y sus implicaciones.

8.1.1. Influencia del tipo de paciente sobre el bienestar y la percepción de eficacia del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria en función de las diferentes clasificaciones del paciente

En este apartado se analizan los resultados obtenidos sobre la relación de la frecuentación y el tipo de síntomas del paciente con el bienestar y la percepción de eficacia del EMFyC, teniendo en cuenta a su vez la evaluación del médico sobre dichas características del paciente.

Se comenzará por el estudio de los efectos sobre el bienestar, y, seguidamente, sobre la percepción de eficacia del médico. Finalmente, se describirá la importancia de la percepción del médico sobre el tipo de paciente, y las implicaciones de ello en los resultados obtenidos.

8.1.1.1. Efectos de la frecuentación y del tipo de síntomas sobre el bienestar del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria

A partir de los datos obtenidos, se considera que la atención a pacientes *HF*s y pacientes con *SMI* se asocia con menores niveles de bienestar en dichos profesionales. A su vez, se comprueba que la presencia conjunta de ambas características en pacientes o pacientes *HSMI*, afecta aún más el bienestar de los médicos en el sentido mencionado, a partir de la suma de ambos efectos. Este dato amplía las aportaciones de estudios anteriores en las que los factores de frecuentación y etiología del paciente eran tratados indiferenciadamente (Ágreda y Yanguas, 2001; Arillo et al., 2006; García et al., 1998; Reid et al., 2002; Steinmetz y Tabenkin, 2001).

Así, los resultados encontrados para los efectos del factor frecuentación permiten afirmar que cuando el médico atiende a un paciente que percibe como

hiperfrecuentador, este hecho se asocia a peores niveles de bienestar en el profesional. Éste siente un mayor agotamiento emocional, percibe una mayor demanda y menores niveles de retroalimentación positiva por parte del paciente, y experimenta emociones negativas en mayor proporción, cuando se compara con la atención a pacientes *NFs*.

Respecto al factor tipo de síntomas, cuando el médico percibe a un paciente como con *SMI*, también sentirá un mayor agotamiento emocional, percibirá una mayor demanda y una menor retroalimentación por parte del paciente, y experimentará emociones negativas en mayor proporción, respecto a pacientes con *SME*.

Estas comprobaciones tienen implicaciones tanto desde el punto de vista teórico como práctico. La hiperfrecuentación explica los efectos negativos sobre el bienestar del profesional al atender a pacientes que acuden frecuentemente a la consulta, pero también lo hace la posibilidad que tenga el médico de explicar, o no, el origen de los síntomas del paciente. A su vez, la suma de ambos factores tiene peores efectos sobre el bienestar del profesional. De esta forma, el que un paciente hiperfrecuente con una sintomatología médicamente inexplicable, potencia los efectos negativos de estas características del paciente sobre el bienestar del médico, puesto que le afectan más que atender a pacientes *NFs* con *SMI* y con *SME*, y que pacientes *HF*s con *SME*. De este modo, los pacientes que combinan hiperfrecuentación y sintomatología médicamente inexplicable deberían ser objetivo prioritario de las intervenciones en EMFyC.

De acuerdo a la clasificación objetiva del tipo de paciente, se han verificado las hipótesis planteadas acerca de la no existencia de efectos significativos sobre el bienestar del profesional, cuando el paciente es clasificado como *HF*s y con *SMI* según un criterio externo al médico. Estos datos conducen reflexionar sobre la afirmación de Sandín y Conde (2010) “no hay hiperfrecuentación, sino hiperfrecuentadores” p. 26.

También guarda relación con lo expuesto por algunos autores acerca de que la hiperfrecuentación como tal, es una categoría construida por y para los profesionales sanitarios (Alameda y Pazos, 2009). Desde esta perspectiva, el tomar al fenómeno de la hiperfrecuentación de pacientes como una categoría objetiva o preexistente en la realidad, más allá de esos comportamientos e interpretaciones de los mismos por parte del profesional en el marco de la consulta médica, no explica los efectos de este tipo de paciente sobre el bienestar del EMFyC.

8.1.1.2. Procesos implicados en el bienestar del médico en la atención a pacientes hiperfrecuentadores y con síntomas médicamente inexplicables

Los resultados de este apartado coinciden con los de estudios previos realizados con pacientes *HSMI*. De esta forma, la relación con este tipo de paciente está asociada a una alta demanda para el profesional, provocando una gran sobrecarga de trabajo (Calnan, et al., 2001; Calnan, et al., 2000; Mathers et al., 1995; Linzer et al., 2002; Reid et al., 2001b; Williams et al., 2002; Zantinge et al., 2005), por lo que constituye un potencial estresor para este colectivo profesional.

A su vez, estudios cuantitativos y cualitativos realizados en España (Mas et al., 2003; Sandín y Conde, 2010) verifican que el malestar que provoca este tipo de paciente sobre los EMFyC se origina más bien por la relación que se establece con los mismos, que por la cantidad de veces que han asistido a consulta. Tal y como se especificó previamente, la sintomatología médicamente inexplicable del paciente se asocia a circunstancias que dificultan la relación interpersonal médico-paciente, debido a que, generalmente, el origen inespecífico de los síntomas está ligado a variables de origen psicosocial (Nimnuan et al., 2000; Sharpe y Bass, 1992). Desde esta perspectiva, el

percibir a un paciente como hiperfrecuentador está ligado a la demanda que éste ocasiona al profesional, la cual guarda relación con la etiología de sus síntomas y con características personales del mismo, más que con el número de veces que ha ido a consultar al EMFyC.

De esta forma se considera que el estudio realizado aúna las conclusiones de investigaciones previas sobre el tema, las cuales no han comprobado los efectos de los factores mencionados de forma aislada. Ofrece también más evidencia empírica acerca de las consecuencias que acarrea al profesional atender a pacientes *HSMI*.

Respecto a las emociones generadas por estos pacientes en los profesionales, otros trabajos también han demostrado que existe una mayor tendencia a experimentar emociones negativas frente a los mismos (Bellón y Fernández, 2002; Groves, 1978; Mas et al., 2003). Así, se verifica que tanto frente a pacientes *HF*s como frente a pacientes con *SMI*, existe una mayor propensión a sentir emociones negativas por parte del profesional.

Según se especificó en el apartado 4.2.2.2, el que el médico sienta emociones negativas al atender a pacientes *HSMI* puede derivar en la necesidad de realizar Trabajo emocional (Hochschild, 1983) por parte del médico. Esto implica regular dichas emociones para poder cumplir con el resto de sus demandas de rol laboral (Elder et al., 2006) dado que parte del mismo consiste en empatizar con los pacientes (Larson y Yao, 2005). Por tanto, el expresar emociones negativas frente a los mismos no forma parte de las reglas de expresión en la atención de pacientes en Atención Primaria, la cual debe ser regulada generalmente mediante la supresión emocional, estrategia que se relaciona negativamente con el bienestar del profesional (Martínez-Íñigo et al., 2007). En este

sentido, se piensa que es necesario mejorar la competencia del EMFyC para el trato con este tipo de paciente (Mathers et al., 1995; Serour et al., 2009).

8.1.1.3. Efectos del tipo de paciente sobre la Percepción de eficacia del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria

Además de evaluar la incidencia de los factores frecuentación y tipo de síntomas del paciente sobre el bienestar del profesional, se analizaron las consecuencias de los mismos sobre la percepción de eficacia del médico.

En relación a esta variable, no se han confirmado las hipótesis referidas a que la hiperfrecuentación del paciente tendrá efectos negativos sobre la percepción de eficacia del médico, cuando los pacientes son clasificados como *HF*s desde el criterio subjetivo y conjunto.

Por otra parte, se ha confirmado que ante la percepción de pacientes con *SMI* el médico se percibe como menos eficaz que frente a pacientes con *SME*. La relación entre la sintomatología y la percepción de eficacia deja de ser significativa cuando el médico no percibe a los pacientes como con *SMI*, los cuales son clasificados como tales desde el criterio externo.

De nuevo los resultados confirman la conveniencia de tratar frecuentación y sintomatología por separado y la importancia de las variables psicológicas y psicosociales en la explicación de la relación de ambas con las variables del médico estudiadas.

Tal y como se mencionó en el capítulo 0, algunos autores afirman que la atención a pacientes *HSMI* afecta negativamente la eficacia del médico (Haas et al., 2005; Strous

et al., 2006). A su vez, pocos trabajos estudian empíricamente dicha variable y los que lo hacen, generalmente tienen en cuenta la satisfacción del paciente con la atención brindada por el profesional como medida de la eficacia de éste último, y no abordan el fenómeno desde la perspectiva de la autopercepción del EMFyC sobre su quehacer laboral (Adam et al., 2010).

En función de estos antecedentes, se considera que los resultados obtenidos son relevantes desde una triple perspectiva. Por un lado, por la evidencia empírica que ofrecen sobre el estudio sobre la percepción de eficacia. Por otro, respecto al análisis de dicha variable en función de la autoevaluación del profesional, y no desde la satisfacción del paciente con el servicio. Por último y quizás la aportación más relevante para el estudio de los efectos de la atención a pacientes *HSMI*, es que el aspecto que afecta de forma negativa la percepción de eficacia del médico tiene que ver con la imposibilidad de ofrecer una explicación a la sintomatología del paciente, y no con el hecho de que éste hiperfrecuente.

Se considera que este dato guarda relación con las premisas del modelo biomédico, en el sentido de que la imposibilidad de resolver la sintomatología del paciente disminuye la percepción de los niveles de eficacia del profesional. En esta línea, estos hallazgos contribuyen a la implementación de intervenciones para la mejora de la eficacia de los EMFyC frente a pacientes *HSMI*. Tal y como afirman varios autores, se considera necesario reforzar las estrategias de afrontamiento de los EMFyC ante pacientes con sintomatología de origen incierto, dotándoles de herramientas comunicacionales que le permitan un mejor abordaje de la problemática psicosocial de los mismos (Ágreda y Yanguas, 2001; Arillo et al., 2006; Mathers et al., 1995; Strous et al., 2006). No obstante, algunos trabajos previos verifican que los médicos que

“empatizan demasiado” con el paciente, perpetúan la hiperfrecuentación de éste (Neal et al., 1998) con lo cual es necesario matizar la afirmación realizada previamente.

8.2. Contrastación de los Modelos de COR y Demandas-Recursos Laborales

Otro de los objetivos específicos de este trabajo fue el de contrastar algunos de los modelos sobre estrés utilizados en Psicología de la Salud Ocupacional. Los resultados confirman la validez de la aplicación de dichos modelos al estudio de la relación de la hiperfrecuentación y la sintomatología médicamente inexplicable con el bienestar de los EMFyC. En este sentido, este campo de estudio se beneficiará de los avances en dichos modelos, así como el estudio del estrés laboral pueden enriquecerse con los hallazgos en esas poblaciones.

De los modelos estudiados, especialmente el de COR (Hobfoll, 1979) ofrece una perspectiva para abordar el fenómeno desde un punto de vista interpersonal. Así, el agotamiento emocional no es el resultado exclusivamente de las capacidades del individuo y/o de las demandas del entorno, sino que depende de la interacción de la persona con el entorno.

8.2.1. Efectos moderadores del tipo de paciente en la relación entre la Demanda y el Agotamiento Emocional

A continuación se exponen las conclusiones acerca de la incidencia del tipo de paciente en la relación de la demanda de este último sobre el agotamiento emocional del EMFyC.

Los resultados de este apartado no solo no confirman las hipótesis, sino que apoyan hipótesis alternativas en sentido contrario. De esta forma, la relación demanda-agotamiento es más intensa frente a pacientes *NFs* que para *HF*s y no como se hipotetizó.

En función de estos datos, se piensa que puede existir un fenómeno de adaptación del médico a los niveles de demanda de los pacientes. Por tanto, el médico desarrolla la expectativa de que en presencia de un hiperfrecuentador las demandas emocionales son altas y desarrolla estrategias de afrontamiento para atender a este tipo de paciente. Por el contrario, cuando los médicos se enfrentan a niveles de exigencias inesperados en un *NFs*, no dispone de estrategias para su afrontamiento o, al menos no están automatizadas. Por este motivo, el mismo incremento en la demanda emocional produce un mayor efecto en el bienestar del profesional cuando procede de un normofrecuentador.

Una explicación complementaria a la anterior puede encontrarse en el modelo de Rescorla y Wagner (1972). De acuerdo a este modelo, las personas aprenden a predecir una respuesta a partir de la fuerza asociativa y de la contingencia en la aparición de los estímulos y las respuestas. Así, de un estímulo determinado (A) se espera una respuesta asociada al mismo (RA). No obstante, este modelo introduce el concepto de VA, variable que entra en juego en el proceso de aprendizaje entre la aparición del estímulo y la respuesta asociada al mismo, y se refiere a las diferentes contingencias o circunstancias que relacionan a dicho estímulo y respuesta. De esta forma, el individuo aprende a predecir acontecimientos basándose en la experiencia previa de la relación de un acontecimiento y una respuesta al mismo y las circunstancias en las cuales tiene lugar esta relación.

La interpretación de los datos a la luz de este modelo implicaría ante un cambio en la contingencia paciente hiperfrecuentador – paciente que demanda, por normofrecuentador – paciente que demanda, el profesional no ha conseguido predecir el comportamiento del paciente según la asociación aprendida previamente (el paciente hiperfrecuentador es demandante). De esta forma, no consigue resolver las demandas del paciente normofrecuentador de forma habitual, puesto que desaparece la asociación adquirida previamente sobre este tipo de paciente con baja demanda, circunstancia que le exige la puesta en marcha de nuevas formas de resolución de la situación.

De acuerdo a los resultados obtenidos y a la explicación tentativa acerca de los procesos implicados en los mismos, se ha puesto en marcha un nuevo estudio a fin de contrastar las hipótesis surgidas desde los datos arrojados por el estudio.

En cuanto a la verificación de la hipótesis de los efectos moderadores de la frecuentación, cuando el paciente es clasificado como hiperfrecuentador desde criterios externos, se ha constatado que no existen diferencias en la relación positiva entre la demanda y el agotamiento emocional en función de dicho factor. Una vez más, se demuestra la importancia de la percepción del médico acerca del tipo de paciente en pos de las consecuencias de la relación entre ambos y sobre todo, con el bienestar del profesional.

Respecto al factor tipo de síntomas, no se ha demostrado la existencia de moderación sobre la relación entre la demanda y el agotamiento emocional desde las clasificaciones subjetiva y conjunta del tipo de paciente. Para este factor también se ha verificado la no existencia de diferencias significativas cuando el paciente es clasificado desde un criterio externo al médico.

8.2.2. Efectos moderadores del tipo de paciente en la relación de la Retroalimentación sobre el Agotamiento Emocional

Los resultados confirman el papel de la hiperfrecuentación en la relación entre la retroalimentación y el bienestar del profesional, nuevamente, en el sentido contrario al esperado.

Al igual que en los análisis de moderación del tipo de síntomas sobre la relación de la demanda y el agotamiento emocional, nuevamente se cree que el incumplimiento de expectativas frente al tipo de paciente provoca una relación negativa mayor entre las variables retroalimentación y agotamiento emocional frente a pacientes *NFs*.

Respecto a la moderación en función del factor tipo de síntomas, no se han comprobado efectos moderadores del mismo en la relación de las variables mencionadas.

En cuanto a la clasificación desde el criterio objetivo, se ha comprobado la hipótesis referida a que no habrá diferencias en relación positiva entre la demanda sobre el agotamiento emocional, para los pacientes con *SMI* y con *SME*.

A modo de conclusión sobre las relaciones de moderación planteadas, puede afirmarse que si bien los efectos moderadores de la frecuentación del paciente tienen un sentido opuesto al esperado, ambas variables deben tomarse en cuenta en la aplicación de los modelos de estrés al estudio del fenómeno de la hiperfrecuentación de pacientes con *SMI*. Asimismo, se considera que incorporar un análisis cualitativo de la consulta médica puede ayudar a estudiar aspectos interaccionales que el médico y el paciente, en tanto actores de la situación, no podrían dar cuenta de ellos a través de medidas de autoinforme. Para ello sería de interés la utilización de técnicas observacionales que permitan un estudio cualitativo del fenómeno y de las dinámicas del mismo que faciliten una posible explicación a los fenómenos opuestos a los esperados.

Por otra parte y en relación a la falta de evidencia que compruebe efectos moderadores en función del tipo de síntomas, se cree que esto permite pensar en futuras líneas de trabajo. Teniendo en cuenta los resultados encontrados en los efectos principales del tipo de síntomas sobre la variable percepción de eficacia en los ANOVA, se piensa que podría ser de interés analizar los efectos moderadores del tipo de síntomas sobre la percepción de eficacia, desarrollando un modelo que incorpore el estudio de otros aspectos de la consulta, por ejemplo, las demandas del paciente.

También cabe destacar que en todas las moderaciones se ha encontrado un tamaño del efecto pequeño, con lo cual es preciso realizar estas afirmaciones con cautela.

8.2.3. Efectos moderadores de la Retroalimentación en la relación de la Demanda sobre el Agotamiento Emocional

Por último, otro de los objetivos específicos de este trabajo era comprobar si la retroalimentación positiva ofrecida por el paciente modera la relación de la demanda del mismo y el agotamiento emocional del EMFyC.

Los datos obtenidos confirman la presencia de una moderación de la retroalimentación sobre la relación positiva entre la demanda y el agotamiento emocional del médico, apoyando la hipótesis planteada.

De esta forma, la demanda del paciente no se relaciona con el agotamiento emocional del médico cuando dicho paciente ofrece altos niveles de retroalimentación al profesional. Cuando los niveles de retroalimentación son bajos, se observa una correlación positiva y significativa entre la demanda y el agotamiento emocional. A su vez, los efectos principales hallados para la relación de la demanda sobre el agotamiento emocional confirman que el aumento del agotamiento emocional en el EMFyC está

asociado al aumento de las demandas. Por su parte, los efectos principales de la retroalimentación sobre el agotamiento emocional verifican que a mayores niveles de aquella, se producirá una disminución en el malestar del profesional.

Estos resultados ofrecen evidencia empírica para la confirmación del modelo de Demandas-Recursos Laborales (Demerouti et al., 2001). A partir de la interacción con los pacientes, los médicos consiguen por un lado, disminuir el agotamiento emocional y por otro, amortiguar los efectos negativos de las demandas sobre el agotamiento emocional (Xanthopoulou et al., 2007; Demerouti y Bakker, 2011).

Tal y como se mencionó en el apartado 4.2.5, la interacción con los pacientes es un mecanismo que permite la recuperación de recursos del profesional. En dicho apartado se aludió también a la escasez de estudios respecto a los factores de protección en el trabajo en los EMFyC, dado que la mayoría de los estudios se centran en el estudio del estrés y de las causas del mismo (Arnetz, 2001, Shanafelt et al., 2005; Wallace y Lemaire, 2007). En este sentido, se considera que los datos obtenidos en esta investigación ofrecen una aportación significativa al estudio de los recursos y de los factores de protección del trabajo de los EMFyC, concretamente en cuanto a la relación con sus pacientes como mecanismo de autoregulación.

En consonancia con lo anterior, se considera que más allá de la comprobación empírica de este modelo y de la aportación teórica que ello implica en el estudio de esta temática, los hallazgos de este trabajo tienen también implicaciones prácticas.

Habitualmente se hace hincapié en la importancia que tiene para el buen quehacer profesional, el que el médico consiga dar al paciente una retroalimentación adecuada para conseguir un aumento de la empatía con el mismo (Lee et al., 2010; Platt, et al., 2004; Vanderford et al., 2001). En este sentido, varios trabajos puntualizan la necesidad

de mejorar las habilidades de comunicación del profesional para mejorar su rendimiento (Ariño et al., 2006; Epstein et al., 2006; Hodgson et al., 2005). Sin embargo, hay menos estudios que analicen las relaciones interpersonales con los pacientes como un aspecto que mejora el bienestar del profesional. Es importante hincapié en que una optimización en la comunicación con el paciente tiene efectos positivos no solo desde el punto de vista de la calidad en la prestación de servicios, sino también en el ámbito de la prevención de riesgos y la salud laboral (Williams et al. 2006).

8.3. Otras Aportaciones

Una vez mencionados los principales hallazgos de este trabajo, se resumen las principales aportaciones del mismo.

Más allá de la novedad en los resultados, algunas de las contribuciones del estudio tienen que ver con el diseño y los métodos aplicados. En este sentido la implementación de técnicas de muestreo de experiencias basado en la aplicación de diario, supone una contribución significativa, dado que permite que la recogida de datos se produzca de forma contingente a la ocurrencia del evento estudiado, reduciendo la presencia de sesgos mnésicos derivados de la obtención retrospectiva y “promediada” de la que dependen los cuestionarios (Hektner, Schmidt, & Csikszentmihalyi, 2007). Este tipo de sesgos resulta especialmente grave cuando se trata de las diferentes experiencias del profesional con cada uno de sus pacientes. Con esta metodología se evita la interferencia de la relación con otros pacientes.

A su vez, esta metodología proporciona medidas intra sujeto dado que posibilita el obtener distintos datos sobre un mismo médico en función de las diferentes interacciones con sus pacientes. Así, se pueden comparar los efectos de las diferencias

entre *HF*s vs *NF*s, y entre pacientes con *SME* vs *SMI*, sobre el profesional. También posibilita la comparación inter sujetos, de forma que es posible comparar los efectos provocados por los diferentes tipos pacientes, entre todos los médicos que componen la muestra. En función de estas características del diseño, es deseable en un futuro comprobar los resultados obtenidos a través de un análisis de multinivel, incorporando ambos niveles en un único modelo.

En el presente estudio no ha sido posible realizar la comparación inter sujeto, puesto que no se contó con una cantidad suficiente de cada tipo de paciente para cada médico. Por ello, se propone para realizar en un futuro un análisis multinivel en función de los niveles las variables del estudio de diario y su repercusión sobre el agotamiento emocional del médico.

No obstante cabe destacar que actualmente en España no existen precedentes de la comprobación de los datos mencionados utilizando este tipo de metodología debido a la alta complejidad y costes en la recogida de datos para la realización de tipo de estudio.

8.4. Limitaciones del estudio

Una vez mencionadas las aportaciones que se derivan del trabajo realizado, se mencionarán las principales limitaciones que se incluyen en el mismo.

En primera instancia, se considera que el tamaño del efecto pequeño encontrado para los resultados que han arrojado diferencias significativas entre las variables de estudio, es un aspecto que obliga a una reflexión sobre los mismos. No obstante, se cree que ello proporciona una oportunidad para pensar que en la explicación de los efectos del bienestar, si bien influyen significativamente las características del paciente y la

percepción del médico sobre las mismas, es necesario abordar al fenómeno incorporando otros aspectos que este estudio no ha analizado.

Respecto a la muestra tanto de médicos como de pacientes, se considera que la misma no es necesariamente representativa puesto que en ambos casos, la participación en el estudio fue voluntaria. El no haber podido utilizar procedimientos de inclusión aleatorios puede sesgar de alguna forma los resultados obtenidos. En cuanto a la voluntariedad de la participación, también hubiera sido deseable haber contado con una mayor cantidad de pacientes por médico lo cual hubiera proporcionado una mayor variabilidad de la muestra de pacientes, aumentando la cantidad de cada tipo de paciente por médico.

Por otra parte, se cree que el haber realizado la recogida de datos en un único día es otra de las limitaciones de este estudio. Dada la alta complejidad logística que ha implicado dicha recogida, no ha sido posible realizar un muestreo una mayor cantidad de días por médico participante.

Asimismo, otra limitación de la presente investigación que guarda relación con la complejidad del procedimiento del estudio mencionada previamente, es el no haber registrado la tasa de respuesta de los pacientes invitados a participar en el estudio.

Por último, el haber utilizado herramientas de medida que no cuentan con una versión en castellano y una validación en muestra española, se cree que podría haber afectado de alguna forma la medida del constructo. No obstante, cabe destacar que la consistencia interna de dichas herramientas se encuentra dentro de lo adecuado.

9. Bibliografía

Adam, P., Brandenburg, D. L., Bremer, K. L., & Nordstrom, D. L. (2010). Effects of team care of frequent attenders on patients and physicians. *Families, Systems, & Health, 28*(3), 247-257.

Adams, J., & Murray, R.,3rd. (1998). The general approach to the difficult patient. *Emergency Medicine Clinics of North America, 16*(4), 689-700, v.

Ágreda, J., & Yanguas, E. (2001). El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo
The difficult patient: who he is and how to deal with him. *ANALES Sis San Navarra, 24*(2), 65-72.

Aiarzaguena, J. M., Gaminde, I., Grandes, G., Salazar, A., Alonso, I., & Sanchez, A. (2009). Somatisation in primary care: Experiences of primary care physicians involved in a training program and in a randomised controlled trial. *BMC Family Practice, 10*, 73.

Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). Multiple regression: Testing and interpreting interactions. (1991). *Multiple Regression: Testing and Interpreting Interactions*. Xi, 212 Pp. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; US,

Alameda Cuesta, A., & Pazos Garcíandia, A. (2009). [Qualitative research on the conceptualization around the frequent attendance by primary medical staff]. [Investigación cualitativa sobre la conceptualización de la hiperfrecuentación por parte del personal médico de atención primaria.] *Revista Española De Salud Pública, 83*(6), 863-875.

Al-Kandari, A., Al-Assomi, F., Al-Saqabi, A., & El-Shazly, M. (2008). Frequent attenders at a primary health care center in kuwait. *Kuwait Medical Journal*, 40(1), 18-24.

Al-Othman, H., Seroor, M., Ahmad, K., & Al-Khalifa, G. (2008). Perception of difficult patients among family doctors in kuwait. *Alexandria Bulletin*, 44(1), 23-30.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV* (4 ta. ed.). Washington: A.P.A. doi:ISBN 0-89042-061-0

An, P. G., Rabatin, J. S., Manwell, L. B., Linzer, M., Brown, R. L., Schwartz, M. D., & MEMO, I. (2009). Burden of difficult encounters in primary care: Data from the minimizing error, maximizing outcomes study. *Archives of Internal Medicine*, 169(4), 410-414.

Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?. *Journal of Health & Social Behavior*, 36(1), 1-10.

Andersson, S. O., Lynoe, N., Hallgren, C. G., & Nilsson, M. (2004). Is frequent attendance a persistent characteristic of a patient? repeat studies of attendance pattern at the family practitioner. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 22(2), 91-94.

Anstett, R. (1980). The difficult patient and the physician-patient relationship. *Journal of Family Practice*, 11(2), 281-286.

Appleton, K., House, A., & Dowell, A. (1998). A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among general practitioners in leeds. *British Journal of General Practice*, 48(428), 1059-1063.

Arillo, A., Vilches, C., Mayor, M., Gurpegui, J. R., Arroyo, C., & Extremera, V. (2006). [Frequent users and difficult patients: How do they feel about their treatment by doctors?]. [Pacientes hiperfrecuentadores y difíciles: cómo se sienten tratados por sus médicos?] *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 29(1), 47-58.

Arnetz, B. B. (2001). Psychosocial challenges facing physicians of today. *Social Science & Medicine*, 52(2), 203-213.

Arnetz, B. B., Horte, L. G., Hedberg, A., Theorell, T., Allander, E., & Malker, H. (1987). Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. results from a national long-term prospective study and a retrospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75(2), 139-143.

Arnetz, B. B. (2005). Subjective indicators as a gauge for improving organizational well-being. an attempt to apply the cognitive activation theory to organizations. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 1022-1026.

Arroyo, E., Auquer, F., Buñuel, J.C., Rubio, M.L., Adalid, C., Cordón, F., Solanas, P., Masó, D., Fernández, D., & Ráfols, A. (1998). Hiperfrecuentación en atención primaria: Estudio de los factores psicosociales. *Atención Primaria*, 22(10), 627-630.

Ash, A. S., Zhao, Y., Ellis, R. P., & Schlein Kramer, M. (2001). Finding future high-cost cases: Comparing prior cost versus diagnosis-based methods. *Health Services Research*, 36(6 Pt 2), 194-206.

Baez, K., Aiarzaguena, J. M., Grandes, G., Pedrero, E., Aranguren, J., & Retolaza, A. (1998). Understanding patient-initiated frequent attendance in primary care: A case-control study. *British Journal of General Practice*, 48(437), 1824-1827.

Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328.

Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Sixma, H. J., Bosveld, W., & Van Dierendonck, D. (2000). Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: A five-year longitudinal study among general practitioners. *Journal of Organizational Behavior*, 21(4), 425-441.

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality & Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.

Barsky, A. J., Orav, E. J., & Bates, D. W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 62(8), 903-910.

Barsky, A. J., Ettner, S. L., Horsky, J., & Bates, D. W. (2001). Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Medical Care*, 39(7), 705-715.

Bellón JA. Fernández-Asensio ME. (2002). Emotional profile of physicians who interview frequent attenders. *Patient Education & Counseling*, 48(1), 33-41.

Bellón JA. Rodríguez-Bayón A. de Dios Luna J. Torres-González F. (2008). Successful GP intervention with frequent attenders in primary care: Randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*, 58(550), 324-330.

Bellon Saameno, J. A. (2006). [Doctor-induced demand: Applications of economic theory in clinical practice]. [Demanda inducida por el profesional: aplicaciones de la teoria economica a la practica clinica.] *Atencion Primaria*, 38(5), 293-298.

Bellón, JA., & Rodríguez, A. (2008). ¿Qué hay de cierto en que se puede reducir la utilización de las consultas de los pacientes hiperutilizadores? *Atención Primaria*, 40(12), 591-593.

Bermingham, S., Cohen, A., Hague, J. & Parsonage, M. (2010). The cost of somatisation among the working-age population in England for the year 2008–2009. *Mental Health in Family Medicine*, 7, 17-84.

Bischoff, R. J., Hollist, C. S., Patterson, J., Williams, L., Prest, L., & Barkdull, M. D. (2007). Providers' perspectives on troublesome overusers of medical services. *Families, Systems, & Health*, 25(4), 392-403.

Blay Pueyo, C. (1996). Actuación ante los paciente de trato difícil. *FMC. Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 3, 243-249.

Boerma, W. G., & Verhaak, P. F. (1999). The general practitioner as the first contacted health professional by patients with psychosocial problems: A European study. *Psychological Medicine*, 29(3), 689-696.

Breen, K. J., & Greenberg, P. B. (2010). Difficult physician-patient encounters. *Internal Medicine Journal*, 40(10), 682-688.

Brotheridge, C. M., & Lee, R. T. (2002). Testing a conservation of resources model of the dynamics of emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(1), 57-67.

Browne, G. B., Humphrey, B., Pallister, R., Browne, J. A., & Shetzer, L. (1982). Prevalence and characteristics of frequent attenders in a prepaid Canadian family practice. *Journal of Family Practice*, 14(1), 63-71.

Butler, C. C., & Evans, M. (1999). The 'heartsink' patient revisited. the welsh philosophy and general practice discussion group. *British Journal of General Practice*, 49(440), 230-233.

Buxrud, E. G. (1990). [Community health services--more stressing for female than male physicians?]. [Bydelshelsetjenesten--mer belastende for kvinnelige enn for mannlige leger?] *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 110(25), 3260-3264.

Byrne, M., Murphy, A. W., Plunkett, P. K., McGee, H. M., Murray, A., & Bury, G. (2003). Frequent attenders to an emergency department: A study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics. *Annals of Emergency Medicine*, 41(3), 309-318.

Calnan, M. & Corney, R. (1994). Changes in job satisfaction in general practice: A longitudinal analysis. *International Journal of Health Sciences*, 5(2), 219-242.

Calnan, M., Wainwright, D., Forsythe, M., & Wall, B. (2000). All stressed up and nowhere to go? *Health Service Journal*, 15, 28-29.

Calnan, M., Wainwright, D., Forsythe, M., & Wall, B. (2000). General practice. all stressed up and nowhere to go?. *Health Service Journal*, 110(5709), 28-29.

Calnan, M., Wainwright, D., Forsythe, M., Wall, B., & Almond, S. (2001). Mental health and stress in the workplace: The case of general practice in the UK. *Social Science & Medicine*, 52(4), 499-507.

Cantero, J.I., & Zarco, J. (2011). *Análisis sobre la situación de los médicos de familia en españa*. Madrid: International Marketing & Communication. S.A.

Carrillo, E., Cervera, M., Gil, V., & Rueda, Y. (2010). *¿Por qué el sistema de salud necesita la coordinación sociosanitaria? Impacto del uso inadecuado de los servicios hospitalarios de agudos y de los servicios de atención primaria en salud.* (Informe No. 1). Barcelona: Antares Consulting, S.A. Retrieved from http://www.medicospacientes.net/files/prensa/adjuntos/Informe_Antares_Consulting.pdf

Chambers, R., & Belcher, J. (1994). Predicting mental health problems in general practitioners. *Occupational Medicine (Oxford)*, 44(4), 212-216.

Chambers, R., & Campbell, I. (1996). Anxiety and depression in general practitioners: Associations with type of practice, fundholding, gender and other personal characteristics. *Family Practice*, 13(2), 170-173.

Corney, R. H., Strathdee, G., Higgs, R., King, M., Williams, P., Sharp, D., & Pelosi, A. J. (1988). Managing the difficult patient: Practical suggestions from a study day. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 38(313), 349-352.

Cote, S. (2005). A social interaction model of the effects of emotion regulation on work strain. *The Academy of Management Review*, 30(3), 509-530.

Crego, A., Martínez- Iñigo, D., & Tschan, F. (in press). Moderating effects of attributions on the relationship between emotional dissonance and surface acting: A transactional approach to healthcare professionals' emotion work. *Journal of Applied Social Psychology*,

Crutcher, J. E., & Bass, M. J. (1980). The difficult patient and the troubled physician. *Journal of Family Practice, 11*(6), 933-938.

Daugird, A. J., & Spencer, D. C. (1989). Characteristics of patients who highly utilize telephone medical care in a private practice. *Journal of Family Practice, 29*(1), 59-63; discussion 63-4.

De Gucht, V., & Fischler, B. (2002). Somatization: A critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics, 43*(1), 1-9.

de Jonge, J., Bosma, H., Peter, R., & Siegrist, J. (2000). Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: A large-scale cross-sectional study. *Social Science & Medicine, 50*(9), 1317-1327.

de Jonge, J., & Kompier, M. A. J. (1997). A critical examination of the demand-control-support model from a work psychological perspective. *International Journal of Stress Management, 4*(4), 235-258.

De Marco, M. A., Nogueira-Martins, L. A., & Yazigi, L. (2005). Difficult patients or difficult encounters?. *Qjm, 98*(7), 542-543.

Demerouti, E., & Bakker, AB. (2011). The job demands-resources model: Challenges for future research. *Journal of Industrial Psychology, 37*(2), 974.

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology, 86*(3), 499-512.

Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A., & Kleijnen, J. (2001). Influence of context effects on health outcomes: A systematic review. *Lancet, 357*(9258), 757-762.

DiMatteo, M. R., Sherbourne, C. D., Hays, R. D., Ordway, L., Kravitz, R. L., McGlynn, E. A., . . . Rogers, W. H. (1993). Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: Results from the medical outcomes study. *Health Psychology, 12*(2), 93-102.

Dowell, A. C., Westcott, T., McLeod, D. K., & Hamilton, S. (2001). A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among new zealand health professionals. *New Zealand Medical Journal, 114*(1145), 540-543.

Dowrick, C. (2010). Medically unexplained symptoms in primary care: How can doctors help, not hinder? *Mental Health in Family Medicine, 7*, 191-192.

Dowrick, C., Gask, L., Hughes, J. G., Charles-Jones, H., Hogg, J. A., Peters, S., . . . Morriss, R. K. (2008). General practitioners' views on reattribution for patients with medically unexplained symptoms: A questionnaire and qualitative study. *BMC Family Practice, 9*, 46.

Dowrick, C. F., Bellon, J. A., & Gomez, M. J. (2000). GP frequent attendance in liverpool and granada: The impact of depressive symptoms. *British Journal of General Practice, 50*(454), 361-365.

Dunstone, D. C., & Reames, H. R., Jr. (2001). Physician satisfaction revisited. *Social Science & Medicine, 52*(6), 825-837.

Elder, N., Ricer, R., & Tobias, B. (2006). How respected family physicians manage difficult patient encounters. *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM, 19*(6), 533-541.

Ellis, C. G. (1986). Making dysphoria a happy experience. *British Medical Journal Clinical Research Ed.*, 293(6542), 317-318.

Elovainio, M., & Kivimaki, M. (1998). Work and strain on physicians in finland. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 26(1), 26-33.

Epstein, R. M., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Fiscella, K., Carroll, J., Carney, P. A., & Duberstein, P. R. (2006). Physicians' responses to patients' medically unexplained symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 68(2), 269-276.

Eriksen, H. R., & Ursin, H. (2004). Subjective health complaints, sensitization, and sustained cognitive activation (stress). *Journal of Psychosomatic Research*, 56(4), 445-448.

Escobar, J. I., Rubio-Stipec, M., Canino, G., & Karno, M. (1989). Somatic symptom index (SSI): A new and abridged somatization construct. prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 177(3), 140-146.

Ferrari, S., Galeazzi, G. M., Mackinnon, A., & Rigatelli, M. (2008). Frequent attenders in primary care: Impact of medical, psychiatric and psychosomatic diagnoses. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 77(5), 306-314.

Fink, P., Sorensen, L., Engberg, M., Holm, M., & Munk-Jorgensen, P. (1999). Somatization in primary care. prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics*, 40(4), 330-338.

Firth-Cozens, J. (1998). Individual and organizational predictors of depression in general practitioners. *British Journal of General Practice*, 48(435), 1647-1651.

Firth-Cozens, J., & Greenhalgh, J. (1997). Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Social Science & Medicine*, 44(7), 1017-1022.

Ford, J. D., Trestman, R. L., Steinberg, K., Tennen, H., & Allen, S. (2004). Prospective association of anxiety, depressive, and addictive disorders with high utilization of primary, specialty and emergency medical care. *Social Science & Medicine*, 58(11), 2145-2148.

Franks, P., Jerant, A. F., Fiscella, K., Shields, C. G., Tancredi, D. J., & Epstein, R. M. (2006). Studying physician effects on patient outcomes: Physician interactional style and performance on quality of care indicators. *Social Science & Medicine*, 62(2), 422-432.

Frazier, P. A., Tix, A. P., & Barron, K. E. (2004). Testing moderator and mediator effects in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 115-134.

Freeborn, D. K. (2001). Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians. *Western Journal of Medicine*, 174(1), 13-18.

Freeborn, D. K., Hooker, R. S., & Pope, C. R. (2002). Satisfaction and well-being of primary care providers in managed care. *Evaluation & the Health Professions*, 25(2), 239-254.

Garcia Lavandera, L. J., Alonso Fernandez, M., Salvadores Rubio, J., Alonso Arias, P. S., Munoz Baragano, P., & Blanco Suarez, A. M. (1996). [Comparative study of normal and over-users of a health center]. [Estudio comparativo entre poblacion normal e hiperfrecuentadora en un centro de salud.] *Atencion Primaria*, 18(9), 484-489.

Garcia-Campayo, J., Sanz-Carrillo, C., Yoldi-Elcid, A., Lopez-Aylon, R., & Monton, C. (1998). Management of somatisers in primary care: Are family doctors motivated?. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(4), 528-533.

Gerrard, T. J., & Riddell, J. D. (1988). Difficult patients: Black holes and secrets. *BMJ*, 297(6647), 530-532.

Geurts, S., Rutte, C., & Peeters, M. (1999). Antecedents and consequences of work-home interference among medical residents. *Social Science & Medicine*, 48(9), 1135-1148.

Gill, D., & Sharpe, M. (1999). Frequent consulters in general practice: A systematic review of studies of prevalence, associations and outcome. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(2), 115-130.

Gillam, S. J. (1984). A difficult case: A trainee patient. *British Medical Journal Clinical Research Ed.*, 288(6417), 615-616.

Gil-Monte, P. & Peiró, J.M. (1999). Validez factorial del *Maslach Burnout Inventory* en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11(3), 679-689.

Goldberg, D. (1992). *General health questionnaire (GHQ-12)*. UK: NFER-Nelson.

Grant, W. B. (1980). The hated patient and his hating attendants. *Medical Journal of Australia*, 2(13), 727-729.

Grau, G., Cebriá, J., Casas, O., Segura, J., & Corbella, S. (1998). *La hiperfrecuentación: un síndrome que requiere tratamiento*. No. 31).

Greiner, K. A. (2000). Patient-provider relations--understanding the social and cultural circumstances of difficult patients. *Bioethics Forum*, 16(3), 7-12.

Groenewegen, P. P., & Hutten, J. B. (1991). Workload and job satisfaction among general practitioners: A review of the literature. *Social Science & Medicine*, 32(10), 1111-1119.

Groves, J. E. (1978). Taking care of the hateful patient. *New England Journal of Medicine*, 298(16), 883-887.

Guerra de Hoyos, J. A., & de Anca Contreras, I. A. (2007). [Motives that condition use of the health services by over-users: Study with focus groups]. [Motivos que condicionan el uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes hiperfrecuentadores: estudio con grupos focales.] *Atencion Primaria*, 39(7), 349-354.

Haas, L. J., Leiser, J. P., Magill, M. K., & Sanyer, O. N. (2005). Management of the difficult patient. *American Family Physician*, 72(10), 2063-2068.

Hahn, S. R. (2001). Physical symptoms and physician-experienced difficulty in the physician-patient relationship. *Annals of Internal Medicine*, 134(9 Pt 2), 897-904.

Hahn, S. R., Kroenke, K., Spitzer, R. L., Brody, D., Williams, J. B., Linzer, M., & deGruy, F. V.,3rd. (1996). The difficult patient: Prevalence, psychopathology, and functional impairment. *Journal of General Internal Medicine*, 11(1), 1-8.

Halbesleben, J. R. (2006). Patient reciprocity and physician burnout: What do patients bring to the patient-physician relationship?. *Health Services Management Research*, 19(4), 215-222.

Halpern, J. (2007). Empathy and patient-physician conflicts. *Journal of General Internal Medicine*, 22(5), 696-700.

Hartz, A. J., Noyes, R., Bentler, S. E., Damiano, P. C., Willard, J. C., & Momany, E. T. (2000). Unexplained symptoms in primary care: Perspectives of doctors and patients. *General Hospital Psychiatry*, 22(3), 144-152.

Heinrich, T. W. (2004). Medically unexplained symptoms and the concept of somatization. *WMJ*, 103(6), 83-87.

Hektner, J. M., Schmidt, J. A., & Csikszentmihalyi, M. (2007). Experience sampling method: Measuring the quality of everyday life. (2007). *Experience Sampling Method: Measuring the Quality of Everyday Life*.Xiii, 352 Pp.Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; US,

Hernan Garcia, M., Gutierrez Cuadra, J. L., Lineros Gonzalez, C., Ruiz Barbosa, C., & Rabadan Asensio, A. (2002). [Patients and quality of primary health care services. survey of practitioners at the bahia de cadiz and la janda health centers]. [Los pacientes y la calidad de los servicios de atencion primaria de salud. Opinion de los profesionales de los centros de salud de la Bahia de Cadiz y La Janda.] *Atencion Primaria*, 30(7), 425-433.

Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524.

Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology: An International Review*, 50(3), 337-370.

Hobfoll, S. E., Freedy, J., Lane, C., & Geller, P. (1990). Conservation of social resources: Social support resource theory. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(4), 465-478.

Hobfoll, S. E., & Lilly, R. S. (1993). Resource conservation as a strategy for community psychology. *Journal of Community Psychology*, 21(2), 128-148.

Hochschild, A. R. (1983). In University of California Press (Ed.), *The managed heart. the commercialization of human feeling*. Los Angeles, CA:

Hodgson, P., Smith, P., Brown, T., & Dowrick, C. (2005). Stories from frequent attenders: A qualitative study in primary care. *Annals of Family Medicine*, 3(4), 318-323.

Holman, D., MartinezInigo, D., & Totterdell, P. (2008). Emotional labour and employee well-being: An integrative review., 301-315.

Horowitz, C. R., Suchman, A. L., Branch, W. T., Jr, & Frankel, R. M. (2003). What do doctors find meaningful about their work?. *Annals of Internal Medicine*, 138(9), 772-775.

Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 365-372.

Iversen, L., Farmer, J. C., & Hannaford, P. C. (2002). Workload pressures in rural general practice: A qualitative investigation. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 20(3), 139-144.

J. Ágreda, E. Y. (2001). El paciente difícil: Quién es y cómo manejarlo. *the difficult patient: Who he is and how to deal with him*. *ANALES Sis San Navarra*, 24(2), 65-72.

Jackson, J. L., & Kroenke, K. (1999). Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: Clinical predictors and outcomes. *Archives of Internal Medicine*, 159(10), 1069-1075.

Jain, A., & Ogden, J. (1999). General practitioners' experiences of patients' complaints: Qualitative study. *British Medical Journal*, 318(12), 1596-1599.

Jiwa, M. (2000). Frequent attenders in general practice: An attempt to reduce attendance. *Family Practice*, 17(3), 248-251.

John, C., Schwenk, T. L., Roi, L. D., & Cohen, M. (1987). Medical care and demographic characteristics of 'difficult' patients. *Journal of Family Practice*, 24(6), 607-610.

Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78(10), 1336-1342.

Johnson, J. V., Hall, E. M., Ford, D. E., Mead, L. A., Levine, D. M., Wang, N. Y., & Klag, M. J. (1995). The psychosocial work environment of physicians. the impact of demands and resources on job dissatisfaction and psychiatric distress in a longitudinal study of Johns Hopkins medical school graduates. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 37(9), 1151-1159.

Judge, T. A., Erez, A., Bono, J. E., & Thoresen, C. J. (2003). The core self-evaluations scale: Development of a measure. *Personnel Psychology*, 56(2), 303-331.

Jyväsjarvi S. Joukamaa M. Väisänen E. Larivaara P. Kivelä S. Keinänen-Kiukaanniemi S. (2001). Somatizing frequent attenders in primary health care. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(4), 185-192.

Kaplan, R. & Sacuzzo, D. (2006). *Pruebas psicológicas. principios, aplicaciones y temas*. (Sexta ed.). México: Thompson. doi:970-686-494-6

Karasek, R., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A., & Theorell, T. (1981). Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: A prospective study of swedish men. *American Journal of Public Health*, 71(7), 694-705.

Karasek, R. A., Theorell, T., Schwartz, J. E., Schnall, P. L., Pieper, C. F., & Michela, J. L. (1988). Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US health examination survey (HES) and the health and nutrition examination survey (HANES). *American Journal of Public Health*, 78(8), 910-918.

Karasek, R. A., Jr. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), pp. 285-308.

Karlsson, H., Joukamaa, M., Lahti, I., Lehtinen, V., & Kokki-Saarinen, T. (1997). Frequent attender profiles: Different clinical subgroups among frequent attender patients in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(2), 157-166.

Karlsson, H., Lehtinen, V., & Joukamaa, M. (1994). Frequent attenders of finnish public primary health care: Sociodemographic characteristics and physical morbidity. *Family Practice*, 11(4), 424-430.

Karlsson, H., Lehtinen, V., & Joukamaa, M. (1995). Psychiatric morbidity among frequent attender patients in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 17(1), 19-25.

Katon, W. J., Von Korff, M., & Lin, E. (1992). Panic disorder: Relationship to high medical utilization. *American Journal of Medicine*, 92(1A), 7S-11S.

Katz, R. C. (1996). "Difficult patients" as family physicians perceive them. *Psychological Reports*, 79(2), 539-544.

Katzelnick, D. J., Simon, G. E., Pearson, S. D., Manning, W. G., Helstad, C. P., Henk, H. J., . . . Kobak, K. A. (2000). Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care. *Archives of Family Medicine*, 9(4), 345-351.

Kersnik, J., Svab, I., & Vegnuti, M. (2001). Frequent attenders in general practice: Quality of life, patient satisfaction, use of medical services and GP characteristics. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 19(3), 174-177.

Kolk, A. M., Schagen, S., & Hanewald, G. J. (2004). Multiple medically unexplained physical symptoms and health care utilization: Outcome of psychological intervention and patient-related predictors of change. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(4), 379-389.

Krebs, E. E., Garrett, J. M., & Konrad, T. R. (2006). The difficult doctor? characteristics of physicians who report frustration with patients: An analysis of survey data. *BMC Health Services Research*, 6, 128.

Kroenke, K., & Mangelsdorff, A. D. (1989). Common symptoms in ambulatory care: Incidence, evaluation, therapy, and outcome. *American Journal of Medicine*, 86(3), 262-266.

Landon, B. E., Reschovsky, J., & Blumenthal, D. (2003). Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians, 1997-2001. *JAMA*, 289(4), 442-449.

Larisch, A., Schweickhardt, A., Wirsching, M., & Fritzsche, K. (2004). Psychosocial interventions for somatizing patients by the general practitioner: A randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(6), 507-14; discussion 515-6.

LaRocco, J. M., House, J. S., & French, J. R., Jr. (1980). Social support, occupational stress, and health. *Journal of Health & Social Behavior*, 21(3), 202-218.

Larson, E. B., & Yao, X. (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 293(9), 1100-1106.

Lazarus R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisals and coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc. doi:0-8261-4191-9

Lazarus, R. S. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist*, 46(8), 819-834.

Lee, R. T., Lovell, B. L., & Brotheridge, C. M. (2010). Tenderness and steadiness: Relating job and interpersonal demands and resources with burnout and physical symptoms of stress in canadian physicians. *Journal of Applied Social Psychology*, 40(9), 2319-2342.

Lefevre, F., Reifler, D., Lee, P., Sbenge, M., Nwadiaro, N., Verma, S., & Yarnold, P. R. (1999). Screening for undetected mental disorders in high utilizers of primary care services. *Journal of General Internal Medicine*, *14*(7), 425-431.

Leiter, M. P. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models., 237-250.

Levinson, W., Stiles, W. B., Inui, T. S., & Engle, R. (1993). Physician frustration in communicating with patients. *Medical Care*, *31*(4), 285-295.

Li, J., Yang, W., & Cho, S. I. (2006). Gender differences in job strain, effort-reward imbalance, and health functioning among chinese physicians. *Social Science & Medicine*, *62*(5), 1066-1077.

Lim, M. (2003). Who is being difficult? addressing the determinants of difficult patient-physician relationships *Online Ethics Journal of the American Medical Association*, *5*(4), 1-3.

Lin, E. H., Katon, W., Von Korff, M., Bush, T., Lipscomb, P., Russo, J., & Wagner, E. (1991). Frustrating patients: Physician and patient perspectives among distressed high users of medical services. *Journal of General Internal Medicine*, *6*(3), 241-246.

Linzer, M., Konrad, T. R., Douglas, J., McMurray, J. E., Pathman, D. E., Williams, E. S., . . . Rhodes, E. (2000). Managed care, time pressure, and physician job satisfaction: Results from the physician worklife study. *Journal of General Internal Medicine*, *15*(7), 441-450.

Linzer, M., Gerrity, M., Douglas, J. A., McMurray, J. E., Williams, E. S., & Konrad, T. R. (2002). Physician stress: Results from the physician worklife study. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 18(1), 37-42.

Llorente Alvarez,S., López Ruiz, T., García Lavandera, LJ., Alonso Arias, P., Muñoz Baragaño, P. & Alonso Fernández, M. (1996). Perfil de hiperfrecuentador de un centro de salud. *Atencion Primaria*, 17(2), 100-107.

Luciano JV. Fernández A. Pinto-Meza A. Luján L. Bellón JA. García-Campayo J. Peñarrubia MT. Fernández R. Sanavia M. Blanco ME. Haro JM. Palao DJ. Serrano-Blanco A. (2010). Frequent attendance in primary care: Comparison and implications of different definitions. *British Journal of General Practice*, 60(571), 49-55.

Malcolm, R., Foster, H. K., & Smith, C. (1977). The problem patient as perceived by family physicians. *Journal of Family Practice*, 5(3), 361-364.

Maoz, B., Antonovsky, H., Ziv, P., Avraham-Shiloh, L., & Durst, N. (1985). The family doctor and his 'nudnik (bothersome) patients': An exploratory study. *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences*, 22(1-2), 95-104.

Marchand, A., Demers, A., & Durand, P. (2005). Do occupation and work conditions really matter? A longitudinal analysis of psychological distress experiences among canadian workers. *Sociology of Health & Illness*, 27(5), 602-627.

Margo, K. L., & Margo, G. M. (1994). The problem of somatization in family practice. *American Family Physician*, 49(8), 1873-1879.

Martínez-Iñigo, D., Crego, A., Gervás, G., & Martínez M. (2009). Developing positive emotional regulation strategies. results from a training program for primary health care professionals. [Abstract]. *XIV European Congress of Work and Organizational Psychology. Santiago De Compostela.*

MartinezInigo, D., Totterdell, P., Alcover, C. M., & Holman, D. (2007). Emotional labour and emotional exhaustion: Interpersonal and intrapersonal mechanisms. *Work & Stress, 21*(1), 30-47.

Mas Garriga X. Cruz Doménech JM. Fañanás Lanau N. Allué Buil A. Zamora Casas I. Viñas Vidal R. (2003). [Difficult patients in primary care: A quantitative and qualitative study]. [Pacientes de trato difícil en atención primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa.] *Atencion Primaria, 31*(4), 214-9; discussion 220-1.

Mas Garriga, X., Navarro Gilo, M., Vazquez Morocho, J., Delso Gafarot, C., Mahfouz Castejon, T., & Almeda Ortega, J. (2009). ["Difficult encounters" in primary care clinic: A patient and doctor perspective]. [> en consultas de atencion primaria: una perspectiva de pacientes y medicos.] *Atencion Primaria, 41*(1), 9-15.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology, 52*, 397-422.

Matalon, A., Nahmani, T., Rabin, S., Maoz, B., & Hart, J. (2002). A short-term intervention in a multidisciplinary referral clinic for primary care frequent attenders: Description of the model, patient characteristics and their use of medical resources. *Family Practice, 19*(3), 251-256.

Mathers, N., Jones, N., & Hannay, D. (1995). Heartsink patients: A study of their general practitioners. *British Journal of General Practice, 45*(395), 293-296.

Mathers, N. J., & Gask, L. (1995). Surviving the "heartsink" experience. *Family Practice, 12*(2), 176-183.

Mayou, R., & Sharpe, M. (1995). Patients whom doctors find difficult to help: An important and neglected problem. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry, 36*(4), 323-325.

McGaghie, W. C., & Whitenack, D. C. (1982). A scale for measurement of the problem patient labeling process. *Journal of Nervous & Mental Disease, 170*(10), 598-604.

McGlone, S. J., & Chenoweth, I. G. (2001). Job demands and control as predictors of occupational satisfaction in general practice. *Medical Journal of Australia, 175*(2), 88-91.

McIsaac, W., Goel, V., & Naylor, D. (1997). Socio-economic status and visits to physicians by adults in ontario, canada. *Journal of Health Services & Research Policy, 2*(2), 94-102.

McManus, I. C., Winder, B. C., & Gordon, D. (2002). The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *Lancet, 359*(9323), 2089-2090.

McMurray, J. E., Williams, E., Schwartz, M. D., Douglas, J., Van Kirk, J., Konrad, T. R., . . . Linzer, M. (1997). Physician job satisfaction: Developing a model using qualitative data. SGIM career satisfaction study group. *Journal of General Internal Medicine, 12*(11), 711-714.

Meakin, R., & Weinman, J. (2002). The 'medical interview satisfaction scale' (MISS-21) adapted for british general practice. *Family Practice*, 19(3), 257-263.

Meijman, T. F., & Mulder, G. (1998). Psychological aspects of workload., 5-33.

Melville, D. I. (1987). Descriptive clinical research and medically unexplained physical symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 31(3), 359-365.

Mínguez, J. C. (2009). Relaciones difíciles. *SEMERGEN*, 35(1), 3-16.

Navarro, V. (1988). Professional dominance or proletarianization?: Neither. *Milbank Quarterly*, 66 Suppl 2(Suppl 2), 57-75.

Neal,R.D., Dowell, A., Heywood, P.L. & Morley, S. (1996). Frequent attenders: Who needs treatment? *British Journal of General Practice*, , 131.

Neal, R. D., Heywood, P. L., & Morley, S. (2000). Frequent attenders' consulting patterns with general practitioners. *British Journal of General Practice*, 50(461), 972-976.

Neal, R. D., Heywood, P. L., & Morley, S. (2000). 'I always seem to be there'--a qualitative study of frequent attenders. *British Journal of General Practice*, 50(458), 716-723.

Neal, R. D., Heywood, P. L., Morley, S., Clayden, A. D., & Dowell, A. C. (1998). Frequency of patients' consulting in general practice and workload generated by frequent attenders: Comparisons between practices. *British Journal of General Practice*, 48(426), 895-898.

Nezlek, J. B., & Kuppens, P. (2008). Regulating positive and negative emotions in daily life. *Journal of Personality*, 76(3), 561-580.

Nimnuan, C., Hotopf, M., & Wessely, S. (2000). Medically unexplained symptoms: How often and why are they missed?. *Qjm*, 93(1), 21-28.

O'Dowd, T. C. (1988). Five years of heartsink patients in general practice. *BMJ*, 297(6647), 528-530.

Orozco Beltran, D., Pedrera Carbonell, V., Gil Guillen, V., Prieto Erades, I., Ribera Montes, M. C., Martinez Canovas, P., & SyN-PC, S. (2004). [Clinical management of consultations: Clinical content and predictability (SyN-PC study)]. [Gestion clinica de la consulta: previsibilidad y contenido clinico (estudio SyN-PC).] *Atencion Primaria*, 33(2), 69-77.

Ortega Tallón MA. Roca Figueres G. Iglesias Rodríguez M. Jurado Serrano JM. (2004). [Patients over-using a primary care centre: Their social, demographic and clinical characteristics, and their use of health service facilities]. [Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de los servicios sanitarios.] *Atencion Primaria*, 33(2), 78-85.

Page, L. A., & Wessely, S. (2003). Medically unexplained symptoms: Exacerbating factors in the doctor-patient encounter. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(5), 223-227.

Passalacqua, S. A. (2011). "Running on empty": Examining the effect of physician stress, burnout, and empathy on patient-centered communication during the long-call

shift. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 71(11-A), 3856.

Peiró, J. M. (2001). El estrés laboral: una perspectiva individual y colectiva. *Prevención, trabajo y salud: Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo*, 13, 18-38.

Pérez-López, F. (2011). Difficult (“heartsink”) patients and clinical communication difficulties. *Patient Intelligence*, 3, 1-9.

Petrozzi, M. C., Rosman, H. S., Nerenz, D. R., & Young, M. J. (1992). Clinical activities and satisfaction of general internists, cardiologists, and ophthalmologists. *Journal of General Internal Medicine*, 7(3), 363-365.

Peveler, R., Kilkenny, L., & Kinmonth, A. (1997). Medically unexplained physical symptoms in primary care: A comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(3), 245-252.

Pickvance, D., Parry, G., & Howe, A. (2004). A cognitive analytic framework for understanding and managing problematic frequent attendance in primary care. *Primary Care Mental Health*, 2, 165-74.

Platt, F. & Gordon, G. (2004). *Field guide of the difficult patient interview*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. doi:0-7817-4774-0

Portegijs, P. J., van der Horst, F. G., Proot, I. M., Kraan, H. F., Gunther, N. C., & Knottnerus, J. A. (1996). Somatization in frequent attenders of general practice. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 31(1), 29-37.

Rael D. Strous, Anne-Marie Ulman, Moshe Kotler. (2006). The hateful patient revisited: Relevance for 21st century medicine. *European Journal of Internal Medicine*, 17, 387-393.

Ratanawongsa, N., Wright, S. M., & Carrese, J. A. (2008). Well-being in residency: Effects on relationships with patients, interactions with colleagues, performance, and motivation. *Patient Education & Counseling*, 72(2), 194-200.

Reid, S., Wessely, S., Crayford, T., & Hotopf, M. (2001). Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: Retrospective cohort study. *BMJ*, 322(7289), 767.

Reid, S., Wessely, S., Crayford, T., & Hotopf, M. (2002). Frequent attenders with medically unexplained symptoms: Service use and costs in secondary care. *British Journal of Psychiatry*, 180, 248-253.

Reid, S., Whooley, D., Crayford, T., & Hotopf, M. (2001). Medically unexplained symptoms--GPs' attitudes towards their cause and management. *Family Practice*, 18(5), 519-523.

Reid, S., Crayford, T., Patel, A., Wessely, S., & Hotopf, M. (2003). Frequent attenders in secondary care: A 3-year follow-up study of patients with medically unexplained symptoms. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 33(3), 519-524.

Rief, W., Hiller, W., & Heuser, J. (1997). *SOMS-the screening of somatomorf symptoms. manual*. Switzerland: Huber.

Ring, A., Dowrick, C., Humphris, G., & Salmon, P. (2004). Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study. *BMJ*, 328(7447), 1057.

Rivera Casares, F., Illana Mayordomo, A., Oltra Benavent, A., Narvaez Hostaled, M., Benlloch, C., & Rovira Pena, B. (2000). [Characteristics of patients who do not use primary care services]. [Características de los pacientes que no utilizan las consultas de atención primaria.] *Gaceta Sanitaria*, 14(2), 117-121.

Robinson, J. O., & Granfield, A. J. (1986). The frequent consulter in primary medical care. *Journal of Psychosomatic Research*, 30(5), 589-600.

Robinson, J. O., & Granfield, A. J. (1986). The frequent consulter in primary medical care. *Journal of Psychosomatic Research*, 30(5), 589-600.

Robles R. Gili M. Gelabert J. Llull M. Bestard F. Vicens C. Bauzá N. Roca M. (2009). Sociodemographic and psychopathological features of frequent attenders in primary care. *Actas Espanolas De Psiquiatria*, 37(6), 320-325.

Robles, R.
Hiperfrecuentadores: cinco de cada cien pacientes consumen un tercio del trabajo de un médico de atención primaria. Retrieved from http://comunicacio.uib.es/digitalAssets/127/127017_hfcast.pdf

Rodríguez Muñoz C., Cebriá Andreu, J., Corbella Santomá, S. Segura Bernal, J., Sobreques Soriano, J. (2003). Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociados a los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de atención primaria. *MEDIFAM*, 13(3), 143-150.

Rohrer, J. E., Rasmussen, N., & Adamson, S. A. (2008). Illness severity and total visits in family medicine. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(1), 65-69.

Roter, D. L., & Hall, J. A. (1989). Studies of doctor-patient interaction. *Annual Review of Public Health*, 10, 163-180.

Rout, U. (1996). Stress among general practitioners and their spouses: A qualitative study. *British Journal of General Practice*, 46(404), 157-160.

Rubio Montañés ML. Adalid Villar C. Cordon Granados F. Solanas Saura P. Masó Casadellà D. Fernández Punset D. Ràfols Crestani A. Arroyo Cardona E. Auquer Framis F. Buñuel Alvarez JC. (1998). [Overattendance at primary care: A study of psychosocial factors]. [Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de los factores psicosociales.] *Atencion Primaria*, 22(10), 627-630.

Ruiz Tellez, A. (2004). [Workload]. [La presión asistencial.] *Atencion Primaria*, 33(3), 145-148.

Russell, J. A. (2003). Core affect and the psychological construction of emotion. *Psychological Review*, 110(1), 145-172.

Salanova, M. (2009). *Psicología de la Salud Ocupacional*. Madrid: Síntesis. doi:978-84-975666-2-9

Salgado, R. (2008). O que facilita e o que dificulta uma consulta. *Rev Port Clin Geral*, 24, 513-518.

Salmon, P., Ring, A., Dowrick, C. F., & Humphris, G. M. (2005). What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do

their doctors feel pressurized?. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(4), 255-60; discussion 261-2.

Salmon, P., Wissow, L., Carroll, J., Ring, A., Humphris, G. M., Davies, J. C., & Dowrick, C. F. (2007). Doctors' responses to patients with medically unexplained symptoms who seek emotional support: Criticism or confrontation?. *General Hospital Psychiatry*, 29(5), 454-460.

Sandín-Vázquez M. Conde-Espejo P. Grupo de Investigación sobre Utilización de Servicios en Atención Primaria. (2010). [Frequent attendance: Primary care professional's perceptions of definitions, motives, situations and relationships with frequent attenders patients]. [Hiperfrecuentación: percepción de los profesionales de atención primaria sobre su definición, motivos, situaciones y la relación con los pacientes hiperfrecuentadores.] *Revista De Calidad Asistencial*, 25(1), 21-27.

Savageau, J. A., McLoughlin, M., Ursan, A., Bai, Y., Collins, M., & Cashman, S. B. (2006). Characteristics of frequent attenders at a community health center. *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*, 19(3), 265-275.

Scaife, B., Gill, P. S., Heywood, P. L., & Neal, R. D. (2000). Socio-economic characteristics of adult frequent attenders in general practice: Secondary analysis of data. *Family Practice*, 17(4), 298-304.

Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293-315.

Schaufeli, W. B., van Dierendonck, D., & van Gorp, K. (1996). Burnout and reciprocity: Towards a dual-level social exchange model. *Work & Stress*, 10(3), 225-237.

Schmid Mast, M., Hall, J. A., & Roter, D. L. (2007). Disentangling physician sex and physician communication style: Their effects on patient satisfaction in a virtual medical visit. *Patient Education & Counseling*, 68(1), 16-22.

Schwenk, T. L., Marquez, J. T., Lefever, R. D., & Cohen, M. (1989). Physician and patient determinants of difficult physician-patient relationships. *Journal of Family Practice*, 28(1), 59-63.

Schwenk, T. L., & Romano, S. E. (1992). Managing the difficult physician-patient relationship. *American Family Physician*, 46(5), 1503-1509.

Seaburn, D. B., Morse, D., McDaniel, S. H., Beckman, H., Silberman, J., & Epstein, R. (2005). Physician responses to ambiguous patient symptoms. *Journal of General Internal Medicine*, 20(6), 525-530.

Segovia Martinez, A., Perez Fuentes, C., Torio Durantez, J., & Garcia Tirado, M. C. (1998). [Psychological malaise and the sociodemographic and familial characteristics of the over-user of primary care]. [Malestar psíquico y características sociodemográficas y familiares del hiperfrecuentador en atención primaria.] *Atencion Primaria*, 22(9), 562-569.

Seisdedos, N. (1997). *Manual MBI inventario "Burnout" de maslach, síndrome del "quemado" por estrés laboral asistencial*. Madrid: TEA.

Sensky, T., MacLeod, A. K., & Rigby, M. F. (1996). Causal attributions about common somatic sensations among frequent general practice attenders. *Psychological Medicine*, 26(3), 641-646.

Serour, M., Al-Othman, H. & Al-Khalifah, G. (2009). Difficult patients or difficult doctors: An analysis of problematic consultations. *European Journal of Internal Medicine*, 6(2), 87-93.

Shanafelt, T. D., West, C., Zhao, X., Novotny, P., Kolars, J., Habermann, T., & Sloan, J. (2005). Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *Journal of General Internal Medicine*, 20(7), 559-564.

Sharpe, M., Mayou, R., Seagroatt, V., Surawy, C., Warwick, H., Bulstrode, C., . . . Lane, D. (1994). Why do doctors find some patients difficult to help?. *Quarterly Journal of Medicine*, 87(3), 187-193.

Sharpe, M., & Bass, C. (1992). Pathophysiological mechanisms in somatization. *International Review of Psychiatry*, 4(1), 81-97.

Sheehan, B., Bass, C., Briggs, R., & Jacoby, R. (2003). Somatization among older primary care attenders. *Psychological Medicine*, 33(5), 867-877.

Sibbald, B., Bojke, C., & Gravelle, H. (2003). National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. *BMJ*, 326(7379), 22.

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.

Sihvonen, M., & Kekki, P. (1990). Unnecessary visits to health centres as perceived by the staff. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 8(4), 233-239.

Simoens, S., Scott, A., & Sibbald, B. (2002). Job satisfaction, work-related stress and intentions to quit of scottish GPs. *Scottish Medical Journal*, 47(4), 80-86.

Smets, E. M. A., Visser, M. R. M., Oort, F. J., Schaufeli, W. B., & de Haes, H. J. C. J. M. (2004). Perceived inequity: Does it explain burnout among medical specialists? *Journal of Applied Social Psychology*, 34(9), 1900-1918.

Smith, S. (1995). Dealing with the difficult patient. *Postgraduate Medical Journal*, 71(841), 653-657.

Smits, F. T., Wittkamp, K. A., Schene, A. H., Bindels, P. J., & Van Weert, H. C. (2008). Interventions on frequent attenders in primary care. A systematic literature review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26(2), 111-116.

Smucker, D. R., Zink, T., Susman, J. L., & Crabtree, B. F. (2001). A framework for understanding visits by frequent attenders in family practice. *Journal of Family Practice*, 50(10), 847-852.

Sotile, W. M., & Sotile, M. O. (2004). Physicians' wives evaluate their marriages, their husbands, and life in medicine: Results of the AMA-alliance medical marriage survey. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68(1), 39-59.

Staley, J. C. (1991). Physicians and the difficult patient. *Social Work*, 36(1), 74-79.

Stanley, I. M., Peters, S., & Salmon, P. (2002). A primary care perspective on prevailing assumptions about persistent medically unexplained physical symptoms. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 32(2), 125-140.

Starr, P. (1982). Transformation of defeat: The changing objectives of national health insurance, 1915-1980. *American Journal of Public Health*, 72(1), 78-88.

Steine, S., Finset, A., & Laerum, E. (2001). A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultation outcome. *Family Practice*, 18(4), 410-418.

Steinmetz, D., & Tabenkin, H. (2001). The 'difficult patient' as perceived by family physicians. *Family Practice*, 18(5), 495-500.

Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423-1433.

Stewart, P., & O'Dowd, T. (2002). Clinically inexplicable frequent attenders in general practice. *British Journal of General Practice*, 52(485), 1000-1001.

Sturmberg, J. P. (2002). General practice-specific care categories: A method to examine the impact of morbidity on general practice workload. *Family Practice*, 19(1), 85-92.

Suchman, A. L., Roter, D., Green, M., & Lipkin, M. (1993). Physician satisfaction with primary care office visits. *Medical Care*, 31(12), 1083-1092.

Sundquist, J., & Johansson, S. E. (2000). High demand, low control, and impaired general health: Working conditions in a sample of swedish general practitioners. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28(2), 123-131.

Sutherland, V. J., & Cooper, C. L. (1993). Identifying distress among general practitioners: Predictors of psychological ill-health and job dissatisfaction. *Social Science & Medicine*, 37(5), 575-581.

Svab, I., & Zaletel-Kragelj, L. (1993). Frequent attenders in general practice: A study from slovenia. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 11(1), 38-43.

Tejero Pociello, A., Guimera Querol, E. M., Farre Marti, J. M., & Peri, J. M. (1986). Clinical use of the HAD (hospital anxiety and depression scale) in psychiatric population: A sensibility, reliability and validity study. [Uso clinico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en poblacion psiquiatrica: Un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez.] *Revista Del Departamento De Psiquiatria De La Facultad De Medicina De Barcelona*, 13(5), 233-238.

Theorell, T., Hamsten, A., de Faire, U., Orth-Gomer, K., & Perski, A. (1987). Psychosocial work conditions before myocardial infarction in young men. *International Journal of Cardiology*, 15(1), 33-46.

Theorell, T., Karasek, R. A., & Eneroth, P. (1990). Job strain variations in relation to plasma testosterone fluctuations in working men--a longitudinal study. *Journal of Internal Medicine*, 227(1), 31-36.

Totterdell, P., & Holman, D. (2003). Emotion regulation in customer service roles: Testing a model of emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8(1), 55-73.

Townsend, A., Wyke, S. & Hunt, K. (2008). Frequent consulting and multiple morbidity: A qualitative comparison of 'high' and 'low' consulters of GPs. *Family Practice*, 25, 168-175.

Turner, J. A., Deyo, R. A., Loeser, J. D., Von Korff, M., & Fordyce, W. E. (1994). The importance of placebo effects in pain treatment and research. *JAMA*, 271(20), 1609-1614.

V.V.A.A. (2008). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10* . Madrid: Panamericana. doi:9788479034924

Van Ravenzwaaij, J., Hartman, T., Ravesteijn, H., Eveleigh, R., Van Rijswijk, E. & Lucassen, P. (2010). Explanatory models of medically unexplained symptoms: A qualitative analysis of the literature. *Mental Health in Family Medicine*, 7, 223-231.

Vanagas, G. (2005). *Work characteristics and work-related psychosocial stress among general practitioners in lithuania*. (Unpublished Nordic School of Public Health, Göteborg. (ISBN 91-7997-095-8)

Vanagas, G., & Bihari-Axelsson, S. (2004). Cross-sectional study on quality of life, work demands and psychosocial stress of lithuanian general practitioners. *European Journal of General Practice*, 10(4), 169-170.

Vanagas, G., & Bihari-Axelsson, S. (2004). Interaction among general practitioners age and patient load in the prediction of job strain, decision latitude and perception of job demands. A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 4, 59.

Vanagas, G., & Bihari-Axelsson, S. (2005). The factors associated to psychosocial stress among general practitioners in lithuania. cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 5, 45.

Vanderford, M. L., Stein, T., Sheeler, R., & Skochelak, S. (2001). Communication challenges for experienced clinicians: Topics for an advanced communication curriculum. *Health Communication*, 13(3), 261-284.

Vedsted, P., & Christensen, M. B. (2005). Frequent attenders in general practice care: A literature review with special reference to methodological considerations. *Public Health, 119*(2), 118-137.

Vedsted, P., Christensen, M. B., Sorensen, H. T., Fink, P., & Olesen, F. (2002). Special status consultation for frequent attenders. who are the candidates?. *Journal of Public Health Medicine, 24*(1), 53-57.

Vedsted, P., Sorensen, H. T., Nielsen, J. N., & Olesen, F. (2001). The association between daytime attendance and out-of-hours frequent attendance among adult patients in general practice. *British Journal of General Practice, 51*(463), 121-124.

Virtanen, P., Oksanen, T., Kivimaki, M., Virtanen, M., Pentti, J., & Vahtera, J. (2008). Work stress and health in primary health care physicians and hospital physicians. *Occupational & Environmental Medicine, 65*(5), 364-366.

Visser, M. R., Smets, E. M., Oort, F. J., & De Haes, H. C. (2003). Stress, satisfaction and burnout among dutch medical specialists. *CMAJ Canadian Medical Association Journal, 168*(3), 271-275.

Von Mering, O. & Early, L. (1966). The diagnosis of problem patients. *Human Organization, 25*, 20-23.

Vrca Botica, M., Kovacic, L., Kujundzic Tiljak, M., Katic, M., Botica, I., Ropic, M., . . . Lovasic, S. (2004). Frequent attenders in family practice in croatia: Retrospective study. *Croatian Medical Journal, 45*(5), 620-624.

Walker, E. A., Katon, W. J., Keegan, D., Gardner, G., & Sullivan, M. (1997). Predictors of physician frustration in the care of patients with rheumatological complaints. *General Hospital Psychiatry, 19*(5), 315-323.

Wallace, J. E., & Lemaire, J. (2007). On physician well being-you'll get by with a little help from your friends. *Social Science & Medicine, 64*(12), 2565-2577.

Wallace, J. E., & Lemaire, J. (2009). Physician well being and quality of patient care: An exploratory study of the missing link. *Psychology Health & Medicine, 14*(5), 545-552.

Wallace, J. E., Lemaire, J. B., & Ghali, W. A. (2009). Physician wellness: A missing quality indicator. *Lancet, 374*(9702), 1714-1721.

Ward, A. M., Underwood, P., Fatovich, B., & Wood, A. (1994). Stability of attendance in general practice. *Family Practice, 11*(4), 431-437.

Warren, M. G., Weitz, R., & Kulis, S. (1998). Physician satisfaction in a changing health care environment: The impact of challenges to professional autonomy, authority, and dominance. *Journal of Health & Social Behavior, 39*(4), 356-367.

Weiss, L., & Dyer, A. (1). Caring for "Difficult" patients. *FOCUS, 4*, 453-458.

Westhead, J. N. (1985). Frequent attenders in general practice: Medical, psychological and social characteristics. *Journal of the Royal College of General Practitioners, 35*(276), 337-340.

Wetterneck, T. B., Linzer, M., McMurray, J. E., Douglas, J., Schwartz, M. D., Bigby, J., . . . Society of General Internal Medicine Career Satisfaction Study, Group.

(2002). Worklife and satisfaction of general internists. *Archives of Internal Medicine*, 162(6), 649-656.

Wilhelmsson, S., Foldevi, M., Akerlind, I., & Faresjo, T. (2002). Unfavourable working conditions for female GPs. A comparison between swedish general practitioners and district nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 20(2), 74-78.

Wilhelmsson, S., Faresjo, T., Foldevi, M., & Akerlind, I. (1998). The personal doctor reform in sweden: Perceived changes in working conditions. *Family Practice*, 15(3), 192-197.

Williams, E. R., Guthrie, E., Mackway-Jones, K., James, M., Tomenson, B., Eastham, J., & McNally, D. (2001). Psychiatric status, somatisation, and health care utilization of frequent attenders at the emergency department: A comparison with routine attenders. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(3), 161-167.

Williams, E. S., Konrad, T. R., Linzer, M., McMurray, J., Pathman, D. E., Gerrity, M., . . . SGIM Career Satisfaction Study, G. (2002). Physician, practice, and patient characteristics related to primary care physician physical and mental health: Results from the physician worklife study. *Health Services Research*, 37(1), 121-143.

Williams, E. S., & Skinner, A. C. (2003). Outcomes of physician job satisfaction: A narrative review, implications, and directions for future research. *Health Care Management Review*, 28(2), 119-139.

Williams, E. S., Savage, G. T., & Linzer, M. (2006). A proposed physician-patient cycle model. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 22(2), 131-137.

Wilson, H. (2005). Reflecting on the 'difficult' patient. *New Zealand Medical Journal*, 118(1212), U1384.

Woivalin, T., Krantz, G., Mantyranta, T., & Ringsberg, K. C. (2004). Medically unexplained symptoms: Perceptions of physicians in primary health care. *Family Practice*, 21(2), 199-203.

Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Dollard, M. F., Demerouti, E., Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & Schreurs, P. J. G. (2007). When do job demands particularly predict burnout?: The moderating role of job resources. *Journal of Managerial Psychology*, 22(8), 766-786.

Zantinge, E. M., Verhaak, P. F., Kerssens, J. J., & Bensing, J. M. (2005). The workload of GPs: Consultations of patients with psychological and somatic problems compared. *British Journal of General Practice*, 55(517), 609-614.

Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being: A review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review*, 12(2), 237-268. doi:DOI: 10.1016/S1053-4822(02)00048-7

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

10. Anexos

10.1. Medidas del Estudio

Este paciente me ha hecho sentir		Triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alegre	Aburrido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entusiasmado								
Esperanzado Ilusionado	Asombrado Sorprendido	Asustado Intimidado	Incomprendido	Apático Sin fuerza	Paralizado Bloqueado	Calmado Tranquilo	Contento Alegre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Esta consulta ha sido (1 Muy en desacuerdo – Muy de acuerdo)																											
Muy gratificante para mí												1	2	3	4	5											
Aburrida y sin interés para mí												1	2	3	4	5											
Innecesaria												1	2	3	4	5											
Este paciente: (1 Muy en desacuerdo – Muy de acuerdo)																											
Se queja constantemente												1	2	3	4	5											
Demanda una gran cantidad de atención personal												1	2	3	4	5											
Me ha hecho sentirme emocionalmente confuso												1	2	3	4	5											
Me ha agotado emocionalmente												1	2	3	4	5											
Durante la consulta yo he : (1 Muy en desacuerdo – Muy de acuerdo)																											
Conseguido que este paciente y yo nos entendamos bien												1	2	3	4	5											
Logrado influir sobre el comportamiento de este paciente												1	2	3	4	5											
En su trato conmigo, el paciente ha sido												Desagradable					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agradable				
Valore del 1 al 10 su actuación profesional con este paciente (1 muy baja calidad -10 calidad excelente)																											
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10									
Este paciente acude a consulta porque: Tiene un trastorno somatomorfo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiene una enfermedad orgánica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																											
Este paciente: Hiperfrecuente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiene una enfermedad crónica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																											
																			01/01/01								

Figura 22. Cuestionario de diario del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria

Código

Edad	_____ (años)	Sexo	M <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Estado civil	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>
Nacionalidad	Español <input type="checkbox"/>	Otro: _____ <input type="checkbox"/>		

Por favor, lea y conteste las siguientes preguntas:

¿A cuántos pacientes ha atendido usted en el día de hoy?	_____					
¿Cuántos pacientes atiende en su consulta habitualmente?	_____					
¿Cuántos años lleva trabajando como Médico de Familia sin contar la residencia?	_____ años					
En qué medida la consulta de hoy ha sido satisfactoria para ti:						
1 <i>Muy insatisfactoria</i>	2 <i>Moderadamente insatisfactoria</i>	3 <i>Ligeramente insatisfactoria</i>	4 <i>Ni satisfactoria ni insatisfactoria</i>	5 <i>Ligeramente satisfactoria</i>	6 <i>Moderadamente satisfactoria</i>	7 <i>Muy satisfactoria</i>

Con qué frecuencia piensa o se siente...

	0	1	2	3	4	5	6
	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces al año o menos</i>	<i>Una vez al mes o menos</i>	<i>Unas pocas veces al mes o menos</i>	<i>Una vez a la semana</i>	<i>Pocas veces a la semana</i>	<i>Todos los días</i>
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	0	1	2	3	4	5	6
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo	0	1	2	3	4	5	6
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten los pacientes	0	1	2	3	4	5	6
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fuesen objetos impersonales	0	1	2	3	4	5	6
6. Siento que trabajar todo el día con pacientes es un esfuerzo	0	1	2	3	4	5	6
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	0	1	2	3	4	5	6
8. Me siento "quemado" por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás	0	1	2	3	4	5	6
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	0	1	2	3	4	5	6
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
12. Me siento muy activo	0	1	2	3	4	5	6
13. Me siento frustrado en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
14. Creo que estoy trabajando demasiado	0	1	2	3	4	5	6
15. No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunos pacientes a los que atiendo	0	1	2	3	4	5	6
16. Siento que trabajar directamente con pacientes me produce estrés	0	1	2	3	4	5	6
17. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con los pacientes a los que trato	0	1	2	3	4	5	6
18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con pacientes	0	1	2	3	4	5	6
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	0	1	2	3	4	5	6
20. Me siento acabado	0	1	2	3	4	5	6
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	0	1	2	3	4	5	6
22. Creo que los pacientes que trato me culpan de algunos de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6

Lea cuidadosamente estas preguntas. Nos gustaría saber si Ud. ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Conteste a todas las preguntas. Marque con una X la respuesta que Ud escoja. Queremos saber los problemas recientes y actuales, no los del pasado.

1) ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?	<i>Mejor de lo habitual</i>	<i>Igual que lo habitual</i>	<i>Menos que lo habitual</i>	<i>Mucho menos que lo habitual</i>
2) ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	<i>No, en absoluto</i>	<i>No más que lo habitual</i>	<i>Bastante más que lo habitual</i>	<i>Mucho más que lo habitual</i>
3) ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	<i>Más que lo habitual</i>	<i>Igual que lo habitual</i>	<i>Menos que lo habitual</i>	<i>Mucho menos</i>
4) ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	<i>Más capaz que lo habitual</i>	<i>Igual que lo habitual</i>	<i>Menos capaz que lo habitual</i>	<i>Mucho menos</i>
5) ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?	<i>No, en absoluto</i>	<i>No más que lo habitual</i>	<i>Bastante más que lo habitual</i>	<i>Mucho más que lo habitual</i>

6) ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?	<i>No, en absoluto</i>	<i>No más que lo habitual</i>	<i>Bastante más que lo habitual</i>	<i>Mucho más que lo habitual</i>
7) ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades cotidianas?	<i>Más que lo habitual</i>	<i>Igual que lo habitual</i>	<i>Menos útil que lo habitual</i>	<i>Mucho menos</i>
8) ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?	<i>Más capaz que lo habitual</i>	<i>Igual que lo habitual</i>	<i>Menos capaz que lo habitual</i>	<i>Mucho menos</i>
9) ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?	<i>No, en absoluto</i>	<i>No más que lo habitual</i>	<i>Bastante más que lo habitual</i>	<i>Mucho más que lo habitual</i>
10) ¿Ha perdido confianza en sí mismo?	<i>No, en absoluto</i>	<i>No más que lo habitual</i>	<i>Bastante más que lo habitual</i>	<i>Mucho más que lo habitual</i>
11) ¿Ha pensado que Ud es una persona que no vale para nada?	<i>No, en absoluto</i>	<i>No más que lo habitual</i>	<i>Bastante más que lo habitual</i>	<i>Mucho más que lo habitual</i>
12) ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	<i>Más feliz que lo habitual</i>	<i>Aproximadamente lo mismo que lo habitual</i>	<i>Menos feliz que lo habitual</i>	<i>Mucho menos que lo habitual</i>

En qué medida considera que le ocurren las siguientes situaciones:

	1	2	3	4	5
	<i>Nunca</i>	<i>Rara vez</i>	<i>Usualmente</i>	<i>Con frecuencia</i>	<i>Siempre</i>
1.- Si alguien con quien estoy hablando se pone a llorar, se me humedecen los ojos.	1	2	3	4	5
2.- Cuando estoy deprimido, el estar con una persona alegre me anima	1	2	3	4	5
3.- Cuando alguien me sonrío de forma amistosa, le devuelvo la sonrisa y me siento reconfortado.	1	2	3	4	5
4.- Cuando la gente habla de la muerte de sus seres queridos, me embarga la pena	1	2	3	4	5
5.- cuando veo caras enojadas/agresivas en las noticias, aprieto la mandíbula y mis hombros se tensan	1	2	3	4	5
6.- Cuando miro a los ojos de la persona que amo, mi mente se llena de pensamientos románticos.	1	2	3	4	5
7.- Me irrita estar rodeada por gente de mal humor.	1	2	3	4	5
8.- Ver los rostros de miedo de las víctimas en las noticias que hace que intente imaginarme cómo pueden sentirse.	1	2	3	4	5
9.- Me derrito cuando la persona que amo me abraza.	1	2	3	4	5
10.- Me pongo tenso cuando escucho que alguien una se pelea.	1	2	3	4	5
11.- Estar rodeado de gente feliz hace que mi mente se llene de pensamientos felices.	1	2	3	4	5
12.- Siento que mi cuerpo reacciona cuando la persona que amo me toca.	1	2	3	4	5
13.- Me doy cuenta de que yo mismo me pongo tenso cuando estoy rodeado de gente estresada.	1	2	3	4	5
14.- Lloro cuando veo películas tristes.	1	2	3	4	5
15.- Cuando estoy en la sala de espera del dentista y Escucho los chillidos de un o niño aterrorizado me pongo nervioso.	1	2	3	4	5

A continuación, se indican una serie de palabras que describen diversos sentimientos. Lee cada una de ellos y contesta, según la escala que aparece, con un número del 1 al 5, indicando hasta qué punto sueles sentirte **habitualmente** de la forma que indica cada expresión. Contesta en el espacio delante de cada uno de los términos.

1	2	3	4	5
<i>nada</i>	<i>un poco</i>	<i>bastante</i>	<i>mucho</i>	<i>muchísimo</i>
Generalmente me siento (escribe el número que corresponda):				
_____ 1. Interesado (muestro interés)	_____ 8. Orgullosa (de algo), satisfecho	_____ 15. Intranquila o preocupado		
_____ 2. Tenso o estresado	_____ 9. Entusiasmado	_____ 16. Decidido atrevido		
_____ 3. Animado, emocionado	_____ 10. Enojado, enfadado	_____ 17. Atento, esmerado		
_____ 4. Disgustado o molesto	_____ 11. Irritable o malhumorado	_____ 18. Nervioso		

A continuación aparece un conjunto de frases que expresan opiniones sobre su trabajo. Indique en qué medida está usted de acuerdo con las mismas. Señale su grado de acuerdo o desacuerdo con cada frase, basándose en la siguiente escala:

¿En qué medida está de acuerdo con las siguientes afirmaciones?

	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Fuerte Desacuerdo</i>	<i>Moderado Desacuerdo</i>	<i>Ligero Desacuerdo</i>	<i>En duda</i>	<i>Ligero Acuerdo</i>	<i>Moderado Acuerdo</i>	<i>Fuerte Acuerdo</i>
1.- Me quedaría tiempo extra en el trabajo para terminar algo pendiente, aunque no me pagasen por ello.	1	2	3	4	5	6	7
2.- Se puede saber lo buena que es una persona por lo bien que hace su trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
3.- Las mayores satisfacciones en mi vida provienen de mi trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
4.- Para mí, el tiempo en el trabajo pasa volando.	1	2	3	4	5	6	7
5.- Habitualmente, suelo llegar al trabajo un poco antes para tener las cosas preparadas.	1	2	3	4	5	6	7
6.- Las cosas más importantes que me suceden tiene que ver con mi trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
7.- A veces permanezco despierto en la cama por la noche pensando en el trabajo del día siguiente.	1	2	3	4	5	6	7
8.- Soy muy perfeccionista en mi trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
9.- Me siento deprimido cuando fallo en algo relacionado con mi trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
10.- Tengo otras actividades más importantes que mi trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
11.- Vivo, como y respiro para mi trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
12.- Probablemente seguiría trabajando aunque no necesitase dinero.	1	2	3	4	5	6	7
13.- Muy a menudo me apetece quedarme en casa en lugar de ir a trabajar.	1	2	3	4	5	6	7
14.- Para mí, mi trabajo es sólo una pequeña parte de lo que soy.	1	2	3	4	5	6	7
15.- Estoy muy implicado personalmente en mi trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
16.- Evito asumir deberes y responsabilidades extra en mi trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
17.- Antes era más ambicioso con respecto a mi trabajo de lo que soy ahora.	1	2	3	4	5	6	7
18.- La mayoría de las cosas de la vida son más importantes que el trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
19.- Antes solía preocuparme más por mi trabajo, pero ahora hay otras cosas más importantes para mí.	1	2	3	4	5	6	7
20.- A veces me gustaría "tirarme de los pelos" por los errores que cometo en el trabajo.	1	2	3	4	5	6	7

En qué medida considera que está de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

	1	2	3	4	5
	<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Neutral</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>
1) Tengo confianza en que obtendré los éxitos que merezco en la vida	1	2	3	4	5
2) A veces me siento deprimido	1	2	3	4	5
3) Cuando intento algo, habitualmente lo consigo.	1	2	3	4	5
4) Algunas veces cuando fallo o fracaso, siento que no valgo	1	2	3	4	5
5) Acabo las tareas con éxito	1	2	3	4	5
6) A veces, siento que no controlo mi trabajo	1	2	3	4	5
7) En general, estoy satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4	5
8) Tengo muchas dudas sobre mis capacidades	1	2	3	4	5
9) Yo decido lo que sucederá en mi vida	1	2	3	4	5
10) Yo no siento que controle el éxito en mi carrera	1	2	3	4	5
11) Soy capaz de afrontar la mayoría de mis problemas	1	2	3	4	5
12) Hay momentos en los que las cosas me parecen inhóspitas y sin esperanza	1	2	3	4	5

En qué medida cree usted que una atención eficaz de la salud del paciente debe incluir los siguientes aspectos:

	1	2	3	4	5
	<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Neutral</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>
1) Es necesario atender a las necesidades psicológicas además de las fisiológicas del paciente.	1	2	3	4	5
2) Es necesaria la comprensión de lo que el paciente necesita.	1	2	3	4	5

1) La atención debe ofrecerse de forma que haya continuidad y, a ser posible, por los profesionales que atienden habitualmente al paciente.	1	2	3	4	5
2) Es importante que el paciente se siente aceptado y acogido por el médico.	1	2	3	4	5
3) Es importante que el paciente perciba que la relación con su médico no es puramente técnica, sino que va más allá y es una relación significativa e importante para ambos.	1	2	3	4	5
4) Es importante que la relación con el paciente sea un medio para que éste se implique en actividades constructivas que le faciliten el afrontamiento de su enfermedad.	1	2	3	4	5
5) La relación médico-paciente debe permitir que el paciente identifique sus objetivos y tome decisiones sobre su enfermedad.	1	2	3	4	5
6) La relación con el paciente debe permitirle alcanzar objetivos importantes y significativos para él.	1	2	3	4	5
7) Es importante lograr que el paciente se sienta satisfecho con sus esfuerzos para afrontar sus problemas de salud.	1	2	3	4	5
8) Es importantes reconocer y valorar los esfuerzos y la contribución del paciente al logro de objetivos terapéuticos.	1	2	3	4	5
9) Es importante que el paciente se sienta una persona reconocida y valorada positivamente por los profesionales que le atienden.	1	2	3	4	5
10) Es necesario que el paciente perciba que su participación y sus acciones son importantes.	1	2	3	4	5
11) Es necesario que el paciente perciba que le importa al médico.	1	2	3	4	5

Figura 23. Cuestionario de Medidas Individuales del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIO:

“Análisis de los procesos de regulación emocional en la interacción médico-paciente: factores implicados en el mantenimiento de las conductas de hiperfrecuentación y riesgos laborales psicosociales asociados en equipos de atención primaria”

Estimado Sr/a.: _____

En este momento la **Universidad Rey Juan Carlos** está realizando, en colaboración con el Área 8 de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud, un estudio entre los usuarios de atención primaria.

Con este estudio pretendemos analizar la relación entre usted como paciente y su médico para establecer qué aspectos pueden mejorarse. Para ello, necesitamos nos autorice a registrar en vídeo su interacción con el médico durante la consulta. No se grabará la exploración física, en caso de que fuera necesario realizarla.

Posteriormente, los miembros del equipo investigador estudiarán la grabación para establecer la calidad de la relación con su médico.

Como parte del estudio necesitaremos acceder a algunos datos de su historia clínica y que conteste un cuestionario.

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero “Proyecto FIS-URJC” cuya finalidad es la investigación, en proceso de inscripción en el Registro de Ficheros de Datos personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid (WWW.MADRID.ORG/APDCM, <<http://Madrid.org/apdcm>>), no existiendo ninguna cesión de los mismos. El órgano responsable del fichero es el Vicerrectorado de Investigación de la Universidad Rey Juan Carlos y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo el Avd. Tulipán s/N, 28933, Móstoles, Madrid, todo lo cual se informa en el cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Le recordamos que la información será tratada de forma confidencial y que su participación es voluntaria. Si inicialmente usted decide participar, una vez iniciada su participación usted podrá abandonarla en cualquier momento sin necesidad de justificar su cambio de opinión. Nos gustaría saber si usted desearía ayudarnos en dicho estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por favor, si no ha entendido o desea información adicional sobre su participación en el estudio, no dude en solicitarla.

D/Dña _____ una vez informado de las pruebas de evaluación y de las tareas que deberá llevar a cabo como participante en el estudio, de los procedimientos de recogida, registro y tratamiento de la información, de la no estimación de perjuicios en su funcionamiento habitual derivadas de su participación, de la posibilidad de abandonar voluntariamente el estudio en cualquier momento por cualquiera de las razones que estime oportuno, de la confidencialidad de los datos, que serán utilizados de manera confidencial con fines exclusivamente científicos, y de la posibilidad de ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el fichero al que se incorporarán sus datos.

DECLARO:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| e comprendido la participación que se me solicita, sus condiciones, sus consecuencias y mis derechos | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| e entendido que puedo rechazar participar y que puedo abandonar la participación cuando lo desee | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| utorizo el acceso a los datos de mi historial clínico únicamente para los fines de este estudio | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| cepto, pues, participar voluntariamente en el estudio | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

_____, a ___ de _____ de 2010

Firmado: _____

Figura 24. Consentimiento informado del paciente

Durante la consulta de hoy su médico le ha hecho sentirse:

Esperanzado/ Ilusionado	Asombrado/ Sorprendido	Asustado/ In- timidado	Incompren- dido/ Triste	Apático/ Sin fuerza	Paralizado/ Bloqueado	Calmado/ Tranquilo	Contento/ Alegre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Edad	_____ (años)	Sexo	M <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Estado civil	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado	<input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>
Estudios realizados	Primarios <input type="checkbox"/>	Secundarios	<input type="checkbox"/>	Universitarios <input type="checkbox"/>	Post-grado <input type="checkbox"/>
Nacionalidad	Español <input type="checkbox"/>	Otro: _____			

CRITERIOS HIPERFRECUENTACIÓN

A) Desde el mes de _____ y contando la consulta de hoy, ¿cuántas veces le ha visto su médico en los últimos 12 meses?	Paciente	Médico	
	_____ veces	_____ veces	
B) Y desde _____ (6 meses)	Paciente	Médico	
	_____ veces	_____ veces	
C) ¿Le ha sido diagnosticada alguna enfermedad mental?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
D) ¿En la actualidad, está usted en tratamiento psicológico o psiquiátrico?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
E) ¿De qué tipo?	Terapia <input type="checkbox"/>	Farmacológico <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
F) Desde cuando es este su médico _____ años _____ meses			

INSTRUCCIONES A

1:Extremadamen- te en desacuerdo	2: Muy en desacuerdo	3: En desacuerdo	4:Ni acuerdo ni desacuerdo	5: De acuerdo	6: Muy de acuerdo	7: Altamente de acuerdo
--	-------------------------	------------------	-------------------------------	---------------	----------------------	----------------------------

1) Durante la consulta de hoy el médico le ha dicho exactamente lo que tiene.	
2) Después de haber hablado con su médico sabe exactamente cuál es la gravedad de su enfermedad.	
3) Considera que el médico le ha dicho todo lo que quería saber sobre su enfermedad.	
4) Después de esta consulta le han quedado algunas dudas sobre cómo seguir las indicaciones que le ha dado el médico.	
5) Después de hablar con el médico tiene una idea clara sobre cuándo volverá a verle en su consulta.	
6) Le parece que el médico se ha interesado en usted como persona.	
7) Cree que el médico ha sido afectuoso y amigable con usted.	
8) Le ha parecido que el médico se tomó en serio sus problemas.	
9) Se ha sentido incómodo o con vergüenza mientras hablaba con el médico.	
10) Siente que ha podido hablar con libertad de cuestiones privadas.	
11) El médico le ha dado la oportunidad de decir lo que realmente usted tenía en mente.	
12) Se siente verdaderamente comprendido por su médico.	
13) Durante la consulta el médico le ha dado la oportunidad de decir todo lo que quería contarle sobre sus problemas.	
14) El médico ha entendido la auténtica razón por la que ha venido hoy a consulta.	
15) Cree que su vida está en buenas manos por atenderse con su médico.	
16) El médico parecía saber lo que hacía.	
17) El médico ha aliviado su preocupación por su enfermedad.	
18) El médico parecía saber exactamente como tratar su problema.	
19) Confía en que será fácil seguir las indicaciones/consejos que le ha dado el médico en el día de hoy.	
20) Piensa que es posible que tenga alguna dificultad para seguir exactamente las indicaciones que le ha dado el médico.	
21) Piensa que vale la pena tomarse todas las molestias que supone seguir el tratamiento/indicaciones que le ha prescrito el médico	

INSTRUCCIONES B

	1	2	3	4
1) ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?	Mejor de lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
2) ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
3) ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos
4) ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más capaz que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos capaz que lo habitual	Mucho menos
5) ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
6) ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
7) ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades cotidianas?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos útil que lo habitual	Mucho menos
8) ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?	Más capaz que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos capaz que lo habitual	Mucho menos
9) ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
10) ¿Ha perdido confianza en sí mismo?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
11) ¿Ha pensado que Ud es una persona que no vale para nada?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
12) ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	Más feliz que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Menos feliz que lo habitual	Mucho menos que lo habitual

INSTRUCCIÓN C)

	A	B	C	D	E	F		A	B	C	D	E	F
SÍNTOMAS DE DOLOR (4)							SÍNTOMAS SEXUALES (1)						
Ha tenido dolores en su cuerpo como ser:							En su vida sexual ha sufrido:						
1) Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>						32) Indiferencia sexual (Falta de deseo/apetito sexual)	<input type="checkbox"/>					
2) Dolor abdominal							33) Sensaciones desagradables en/ o alrededor de los genitales	<input type="checkbox"/>					
3) Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>						MUJERES						
4) Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/>						48) Menstruación dolorosa	<input type="checkbox"/>					
5) Dolor en piernas y/o brazos	<input type="checkbox"/>						49) Menstruación irregular	<input type="checkbox"/>					
En otras partes de su cuerpo:							50) Menstruación excesiva	<input type="checkbox"/>					
6) Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>						51) Vómitos continuos durante el embarazo	<input type="checkbox"/>					
12) Dolor opresivo en la zona central del pecho (precordium)							52) Flujo vaginal excesivo o inusual						
29) Dolor al respirar o hiperventilación	<input type="checkbox"/>						HOMBRES	<input type="checkbox"/>					
Otro tipo de dolores como							53) Problemas de erección o de eyaculación	<input type="checkbox"/>					
7) Dolor rectal													
8) Dolor durante las relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>												
9) Dolor al orinar	<input type="checkbox"/>												

SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES (2)							SÍNTOMAS PSEUDONEUROLÓGICOS (1)						
A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	F		
<u>Ha sentido molestias en el estómago tales como:</u>							<u>En algún momento ha sentido:</u>						
11) Hinchazón o tensión en el vientre							28) Falta de aliento aun sin haber hecho esfuerzos						
15) Sensación de quemazón en el pecho o estómago							30) Cansancio excesivo cuando realiza un esfuerzo leve						
25) Molestias en el estómago o sensación tener el estomago revuelto							34) Dificultades para coordinar los movimientos o mantener el equilibrio						
<u>En cuanto a los alimentos ha tenido:</u>							35) Parálisis o debilidad en algún músculo o zona en concreto (por ejemplo, imposibilidad o dificultad para movilizar piernas, brazos, etc.)						
13) Vómitos (embarazo excluido)							40) Sensación desagradable de pérdida del tacto y para sentir el dolor (p. ej., tras un golpe o pellizco)						
14) Regurgitación de alimentos							41) Sensación desagradable de adormecimiento de algún miembro (por ejemplo, brazos, piernas)						
16) Intolerancia a ciertos alimentos (alimentos que le sientan mal o le cuesta digerir)							<u>En la vista ha padecido:</u>						
17) Pérdida del apetito							42) Visión doble						
10) Nauseas							43) Ceguera						
<u>Otros problemas digestivos tales como:</u>							<u>Ha tenido sensaciones de:</u>						
18) Mal sabor de boca o lengua pastosa (lengua blanquecina).							24) Palpitaciones						
19) Sequedad de boca							26) Sudoración (Frío o calor)						
20) Diarrea frecuente							27) Enrojecimiento o sonrojarse						
21) Secreción de fluidos anales							31) Erupciones o decoloración de la piel						
23) Problemas del tránsito intestinal o diarreas							<u>En algún momento ha tenido:</u>						
22) Micción (ganas de orinar) frecuente							36) Dificultad para tragar o sensación de tener un bulto en la garganta						
							37) Afonía (pérdida de la voz)						
							38) Dificultad para orinar.						
							39) Alucinaciones						
							44) Sordera						
							45) Convulsiones						
							46) Amnesia (pérdida de memoria)						
							47) Pérdida de conciencia distinta al desmayo						
SOMS 1) Según su médico, lo que a usted le ocurre es algo médico, orgánico, biológico, etc.							<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	
SOMS 2) Según su médico, lo que a usted le ocurre es algo mental, de los nervios, psicológico, etc.							<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	

INSTRUCCIONES D)

A1: Me siento tenso/a o nervioso/a.	3: Casi todo el día	2: Gran parte del día	1: De vez en cuando	0: Nunca
D1: Sigo disfrutando de las cosas como siempre.	0: Ciertamente igual que antes	1: No tanto como antes	2: Solamente un poco	3: Ya no disfruto con nada
A.2: Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder.	3: Sí, y muy intenso	2: Sí, pero no muy intenso	1: Sí, pero no me preocupa	0: No siento nada de eso
D.2: Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas	0: Igual que siempre	1: Actualmente, algo menos	2: Actualmente, mucho menos	3: Actualmente, en absoluto
A.3: Tengo la cabeza llena de preocupaciones	3: Casi todo el día	2: Gran parte del día	1: De vez en cuando	0: Nunca
D.3: Me siento alegre	3: Nunca	2: Muy pocas veces	1: En algunas ocasiones	0: Gran parte del día
A.4: Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a	0: Siempre	1: A menudo	2: Raras veces	3: Nunca
D.4: Me siento lento/a y torpe	3: Gran parte del día	2: A menudo	1: A veces	0: Nunca
A.5: Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos en el estómago”	0: Nunca	1: Sólo en algunas ocasiones	2: A menudo	3: Muy a menudo
D.5: He perdido el interés por mi aspecto personal	3: Completamente	2: No me cuido como debería hacerlo	1: Es posible que no me cuido como debiera	0: Me cuido como siempre lo he hecho
A.6: me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme	3: Realmente mucho	2: Bastante	1: No mucho	0: En absoluto
D.6: Espero las cosas con ilusión	0: Como siempre	1: Algo menos que antes	2: Mucho menos que antes	3: En absoluto
A.7: Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor	3: Muy a menudo	2: Con cierta frecuencia	1: Raramente	0: Nunca

SAT 1) ¿En qué medida cree que su médico responde a sus necesidades?	1	2	3	4	5
SAT 2) ¿Con qué frecuencia ha pensado en cambiarse de médico?	1	2	3	4	5
H 1) ¿En qué medida cree que el médico le ha hecho cambiar su estado de ánimo?	1	2	3	4	5
H2) ¿Le ha hecho sentirse mejor?	1	2	3	4	5
H3) ¿Le ha hecho sentirse peor?	1	2	3	4	5

E1) Considero que mi médico es un buen profesional									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
E2) Más allá de la relación que tengo con mi médico considero que mi vida está en buenas manos									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
E3) Valore del 1 al 10 su satisfacción con la atención sanitaria que le prestó hoy su médico siendo 1 nada satisfecho y 10 totalmente satisfecho									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Figura 25. Cuestionario del paciente

10.2. Resumen de los ANCOVA de las variables de diario

Tabla 46. Resumen de los ANCOVA para el Agotamiento Emocional en función de los tres criterios de clasificación del tipo de paciente

	Criterio subjetivo				Criterio objetivo				Criterio conjunto			
	gl	F	η^2	p	gl	F	η^2	p	gl	F	η^2	p
Agotamiento emocional global	1	32,389	,049	,000	1	30,077	,042	,000	1	35,374	,044	,000
Frecuentación (F)	1	28,107	,042	,000	1	,622	,001	,431	1	1,079	,001	,299
Tipo de síntomas (TS)	1	15,814	,024	,000	1	,028	,000	,866	1	4,506	,006	,034
F x TS	1	,825	,001	,364	1	,023	,000	,878	1	1,667	,002	,197
Error	638	(,069)			691	(,077)			767	(,075)		

Tabla 47. Resumen de los ANCOVA para la Demanda en función de los tres criterios de clasificación del tipo de paciente

	Criterio subjetivo				Criterio objetivo				Criterio conjunto			
	Gl	F	η^2	p	gl	F	η^2	p	gl	F	η^2	p
Agotamiento emocional global	1	11,556	,018	,001	1	8,671	,012	,003	1	12,913	,017	,000
Frecuentación (F)	1	118,936	,158	,000	1	,668	,001	,414	1	11,197	,014	,001
Tipo de síntomas (TS)	1	21,920	,033	,000	1	,005	,000	,941	1	6,610	,009	,010
F x TS	1	,028	,000	,866	1	,001	,000	,976	1	3,066	,004	,080
Error	640	(,200)			692	(,270)			769	(,233)		

Tabla 48. Resumen de los ANCOVA para la Retroalimentación en función de los tres criterios de clasificación del tipo de paciente

	Criterio subjetivo				Criterio objetivo				Criterio conjunto			
	<i>gl</i>	F	η^2	<i>P</i>	<i>gl</i>	F	η^2	<i>P</i>	<i>gl</i>	F	η^2	<i>p</i>
Agotamiento emocional global	1	13,733	,026	,000	1	13,094	,026	,000	1	14,859	,027	,000
Despersonalización	1	,505	,001	,478	1	,192	,000	,662	1	,340	,001	,560
Logro personal	1	13,512	,025	,000	1	7,413	,015	,007	1	11,894	,022	,001
Frecuentación (F)	1	12,410	,023	,000	1	,304	,001	,582	1	1,033	,002	,310
Tipo de síntomas (TS)	1	18,375	,034	,000	1	1,377	,003	,241	1	3,589	,007	,059
F x TS	1	6,049	,011	,014	1	,410	,001	,522	1	,010	,000	,922
Error	528	(52,380)			489	(54,530)			532	(54,358)		

Tabla 49. Resumen de los ANCOVA para la Percepción de Eficacia en función de los tres criterios de clasificación del tipo de paciente

	Criterio subjetivo				Criterio objetivo				Criterio conjunto			
	<i>gl</i>	F	η^2	<i>p</i>	<i>gl</i>	F	η^2	<i>p</i>	<i>gl</i>	F	η^2	<i>p</i>
Agotamiento emocional global	1	,120	,000	,729	1	,034	,000	,854	1	,006	,000	,938
Despersonalización	1	4,824	,008	,028	1	5,468	,008	,020	1	5,096	,007	,024
Logro personal	1	12,845	,021	,000	1	8,487	,013	,004	1	11,893	,016	,001
Frecuentación (F)	1	1,947	,003	,163	1	,015	,000	,901	1	,799	,001	,372
Tipo de síntomas (TS)	1	19,826	,032	,000	1	,440	,001	,507	1	4,868	,007	,028
F x TS	1	6,105	,010	,014	1	,078	,000	,781	1	,350	,000	,554
Error	604	(65,527)			654	(64,089)			729	(62,033)		